

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 59 (64)

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 59 (64)

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

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Ляшковская С.В.

О классификации психотерапевтических мишеней и ее использовании для повышения качества психотерапии больных с невротическими расстройствами 7

Бибчук М.А.

Техники семейной психотерапии, как элемент профессиональной компетенции и гарантия качества медико-психологической помощи детям 29

Бабаева Е.Г., Оганесян Н.Ю.

Танцевально-двигательная психотерапия невротических расстройств в условиях дневного стационара 39

Герцев А.В.

Особенности синдрома взаимного отягощения при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии, протекающей на фоне тревожно-депрессивных расстройств 51

Куликов В.О., Павлюк Е.Н., Курасов Е.С.

Групповая логотерапия больных с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении 63

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Шкуротенко О.С., Коваленко Н.П.

Алекситимия в период беременности как механизм психологической защиты 75

Ткаченко Г.А., Лактионов К.К., Степанова А.М., Саранцева К.А.

Анализ психического состояния и качества жизни больных раком легкого 87

Мильчакова В.А., Григорьев С.Г., Мизерас С., Мизерене Р.

Чувство связности и уровень мотивации на лечение у больных алкоголизмом 98

Рыбников В.Ю., Салсанов Р.Т., Гудзь Ю.В.

Психофизиологические механизмы и эффективность комплексной коррекции психосоматических нарушений у врачей хирургов экстренных служб 113

Бойчева А.В., Малкова Е.Е.

Особенности репродуктивного поведения и отношения к репродуктивному здоровью современных девочек-подростков 126

Юбилейные даты 139

Информация о журнале 142

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Lyashkovskaya S.V.

About classification of psychotherapeutic targets and its use for improving the quality of psychotherapy for patients with neurotic disorders 7

Bebchuk M.A.

The techniques of family therapy, as an element of professional competence and quality assurance of medical and psychological care for children 29

Babaeva E.G., Oganessian N.Y. Dance movement psychotherapy of neurotic disorders at a day patient department 39

Gertsev A.V.

Syndrome of mutual burdening in the combined cardiovascular pathology, proceeding with anxiety and depressive disorders 51

Kulikov V.O., Pavlyuk E.N., Kurasov E.S.

Group logotherapy patients with mental disorders, under compulsory treatment 63

MEDICAL PSYCHOLOGY

Shkurotenko O.S., Kovalenko N.P.

Aleksitimiya during pregnancy, as the mechanism of psychological protection 75

Tkachenko G.A., Laktionov K.K., Stepanova A.M., Sarantseva K.A.

Analysis of the mental state and quality of life of lung cancer patients 87

Milchakova V.A., Grigorev S.G., Mizeras S., Mizerene R.

Sense of connectedness and level of motivation for treatment in patients with alcoholism 98

Rybnikov V.Yu., Salsanov R.T., Gudz' Yu.V.

Psychophysiological mechanisms of comprehensive correction of functional status in surgeons employed in emergency services 113

Boicheva A.V., Malkova E.E.

Particularly reproductive behavior and attitude to reproductive health of modern teenage girls 126

Jubilees 139

Information about the Journal 142

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 616.89

С.В. Ляшковская

О КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНЕЙ И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Проведено 2-этапное исследование, в ходе которого на I этапе проведен анализ теоретических взглядов и практической деятельности врачей-психотерапевтов, предложено определение понятий «психотерапевтическая мишень» и классификация психотерапевтических мишеней. На II этапе исследования с целью проверки возможности практического применения сконструированной классификации психотерапевтических мишеней провели изучение 150 случаев психотерапии для больных с невротическими расстройствами. Полученные результаты показывают, что особенности психотерапевтических мишеней и их сочетания имеют достоверную статистическую связь с симптоматическими эффектам проводимой психотерапии.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психотерапия, психотерапевтическая мишень, невротические расстройства.

Введение

На сегодняшний день существуют 2 научные парадигмы в психотерапии: медицинская и немедицинская [13]. Первая – организационно и содержательно связана с основными принципами оказания медицинской помощи как в части требований к специалисту, так и в собственно психотерапевтической деятельности. Вторая – развивается вне медицины, оперирует преимущественно философскими, психологическими и социальными понятиями (психологическая, философская и социологическая модели психотерапии), ориентируется в психотерапевтическом воздействии на широкий круг смысложизненных и психологических проблем человека, а также проблем социальной адаптации и социального функционирования, описываемых на неклиническом языке [7, 11, 14].

Ляшковская Светлана Владимировна – мл. науч. сотр. Науч.-организац. отд-ния С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: sl_dok@mail.ru.

Психотерапию в рамках медицинской модели можно определить следующими характеристиками [13, 20, 26]:

1) организационно и юридически является частью медицинской помощи;

2) является лечением, назначаемым при расстройствах различных клинических групп, соответственно и опирается на такие категории, как «здоровье» и «болезнь», «норма» и «патология»;

3) процесс диагностики является определяющим для последующей тактики и стратегии психотерапии;

4) профессиональная деятельность врача-психотерапевта определяется профессиональными компетенциями, обеспечивающими в первую очередь лечение конкретного пациента в условиях медицинской практики, а не теоретическими особенностями и технологическими схемами отдельных психотерапевтических методов;

5) определяющим для содержания психотерапевтического лечения является представление о доказанных биопсихосоциальных механизмах этиопатогенеза расстройства, о связи психологических и социальных факторов с проявлениями болезни, а также об изученных факторах лечебного воздействия психотерапии [4, 8, 14, 15, 16, 18, 29].

В настоящее время развитие медицинской модели психотерапии в России определяется двумя основными тенденциями: с одной стороны, психотерапия и ее методы все больше интегрируются в систему оказания медицинской помощи, с другой стороны, произведенная «инвентаризация» существующего психотерапевтического инструментария, которая, в частности, отражена в работах проф. Б.Д. Карвасарского (1998–2005 гг.) [20], показывает значительное многообразие не только методов, форм, видов психотерапии и условий оказания психотерапевтической помощи, количество которых постоянно увеличивается и по некоторым оценкам приближается к 800, но и теоретических оснований проводимой психотерапии.

Эти две разнонаправленные тенденции в развитии психотерапии определяют актуальность проблемы соотношения существующего многообразия психотерапевтических методов и их теоретических подходов с клинической практикой и принципами доказательной медицины [18, 20, 25]. Решение указанной проблемы может существенно улучшить перспективы развития психотерапевтической помощи в медицине и позволить вплотную подойти к разработке стандартов оказания психотерапевтической помощи, подходов к экспертизе качества проводимой психотерапии [17]. Это позволит психотерапии стать подлинной медицинской специальностью и

неотъемлемой частью реформирующегося здравоохранения, позволяя фактически, на практике, реализовать биопсихосоциальный подход в медицине [5, 7, 18, 21, 31].

Главным результатом интеграции психотерапии в медицину на сегодняшний день явилось признание возможностей психотерапии при лечении пациентов фактически всех основных клинических групп – от невротических расстройств, психосоматических заболеваний до болезней зависимости и шизофрении [4, 15, 18, 22]. К настоящему моменту является бесспорным тот факт, что психотерапия способна быть полезной и эффективной при лечении больных различных клинических групп, однако в дальнейшем требуется изучение сравнительной эффективности психотерапевтических методов, сравнительной эффективности тех или иных приемов и техник применительно к разным задачам психотерапии с учетом этапности лечения и клинических особенностей пациентов [1, 8]. Решению такой задачи, наряду с прочими методологическими проблемами, препятствует недостаток общего, универсального понятийно-категориального аппарата, который позволил бы соотносить представления и понятия из разных психотерапевтических подходов [16].

Наибольшее стремление к формированию универсальных понятий в психотерапии наблюдается в рамках интегративного подхода. Именно его сторонники акцентируют внимание на важности поиска общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и постепенном признании того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий. М. Goldfried (1995), один из лидеров в развитии интеграции в психотерапии, считает, что если клиницисты, придерживающиеся различных позиций и ориентаций в психотерапии, сумеют прийти к общему набору исходных понятий и стратегий действий, то, вероятно, результат этого процесса будет представлять собой набор феноменов, устойчивый к искажениям, вызванным разными теоретическими пристрастиями психотерапевтов.

В целом интегративные тенденции в психотерапии можно считать актуальным этапом ее развития. Несмотря на большое количество приверженцев «чистоты» методов, в научной литературе появляется все больше попыток поиска теоретико-методологических основ интеграции в психотерапии [5, 9, 10, 17, 23, 27, 28].

В нашей стране наиболее четко эта тенденция проявилась в клинической интеграции психотерапевтических подходов при лечении невротических расстройств. Задачи сочетания психотерапевтических подходов ре-

шались методической интеграцией в разработанный специально для клиники краткосрочный психодинамический метод – личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию – не противоречащих ее концепции компонентов и техник других психотерапевтических методов: гуманистической, гештальт-психотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии [2, 17].

Необходимость формулировать единые понятия для описания параметров психотерапевтического процесса отмечают не только сторонники интегративных процессов в психотерапии, но и ученые, акцентирующие внимание на необходимости более глубокого изучения самого процесса психотерапии, в том числе представители отдельных методов. Так, с точки зрения В.Д. Вида (1994), автора работ по психодинамической психотерапии психических расстройств, для изучения эффективности психотерапевтических подходов при лечении конкретных психических расстройств необходим системный анализ всех сторон психотерапевтической деятельности и ее подсистем: больного, психотерапевта и их взаимодействия, определяемого спецификой используемой модели. Это означает, что без конкретной информации о том, что происходит в ходе психотерапевтического процесса, традиционные измерения параметров больного до и после лечения не могут быть достаточно строго увязаны с проводившейся психотерапией и, во всяком случае, ничего не говорят о ее специфичности [8, 20, 27].

Понятие «мишенной психотерапии» является одним из ключевых в описании психотерапевтического процесса. Формулирование мишенной при проведении психотерапии позволяет систематизировать психотерапевтическое воздействие, сделать его доступным для описания, воспроизведения и научного исследования. Кроме того, корректное описание метода или методики психотерапии подразумевает указания относительно связи между системой психотерапевтических вмешательств и соответствующих этим вмешательствам мишенной психотерапии, с учетом других аспектов психотерапевтической ситуации, например фазы психотерапевтического процесса.

Материал и методы

Проведено исследование, направленное на доказательство выдвинутых гипотез, постановку и реализацию следующих исследовательских задач [1, 8, 27]:

– теоретико-методологический анализ существующих подходов к определению мишенной психотерапии больных (на модели психотерапии невротических расстройств);

– формулирование рабочего определения мишеней психотерапии; разработку и экспериментальную проверку интервью для психотерапевтов, позволяющего анализировать клиничко-психотерапевтические аспекты психотерапевтического процесса;

– изучение практики определения психотерапевтических мишеней на основании клиничко-психотерапевтического анализа психотерапевтических случаев и проведения полуструктурированного интервью с врачами-психотерапевтами;

– выделение из полученного материала методом экспертных оценок содержания даваемых исследуемыми психотерапевтами общих и частных формулировок мишеней психотерапии;

– анализ содержания формулировок с помощью экспертного метода и получение скорректированного перечня мишеней психотерапии, выделение ограниченного количества категорий этих понятий, обоснование классификации (типологии) мишеней психотерапии;

– анализ эффективности выбора тех или иных мишеней на разных этапах психотерапии.

При планировании нашего исследования руководствовались следующими гипотезами: 1) возможно выделить и сформулировать конвенциональные определения мишеней психотерапии; 2) существует ограниченный набор мишеней, которые можно применить в процессе психотерапии; 3) выбор тех или иных мишеней на разных этапах психотерапии влияет на эффективность психотерапии.

В качестве основы для создания унифицированного подхода к применению психотерапии по отношению к различным клиническим группам нами была разработана классификация мишеней психотерапии.

Для этого было проведено 2-этапное исследование. Целью I этапа исследования явилось формулирование понятия «психотерапевтическая мишень», а также разработка системы мишеней психотерапии при проведении индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии больных невротами. В задачи I этапа входило проведение теоретико-методологического анализа существующих подходов к определению мишеней психотерапии больных невротами, теоретического обоснования классификации психотерапевтических мишеней. Цель II этапа исследования состояла в экспериментальной проверке разработанной на первом этапе исследования классификации психотерапевтических мишеней в условии реальной психотерапевтической практики.

В исследуемую группу были включены 150 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет с установленными диагнозами из группы невротических расстройств, проходивших психотерапевтическое лечение в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. У всех пациентов было получено информированное согласие. Мужчины составили 34 %, женщины – 66 %. Из них замужних/женатых было 48,7 %, незамужних/неженатых – 51,3 %. Имели высшее образование 50 %, среднее специальное – 47,3 %, среднее – 2,7 %.

Все пациенты относились к диагностической рубрике F4 по МКБ-10. По установленному врачами патогенетическому диагнозу группа разделилась следующим образом: истерический тип невротического расстройства был у 51,3 % пациентов, обсессивно-фобический тип – у 42,7 %, неврастенический тип – у 6 %. Среди ведущих синдромов (имеющих наибольшую выраженность в структуре клинического состояния) самыми частыми были тревожно-фобический – 28,7 %, депрессивный – 24 %, обсессивно-компульсивный – 18 %.

У 25,3 % обследуемых лиц длительность заболевания составила до 1 года, до 3 лет – 38,7 %, до 10 лет – 26,7 %, более 10 лет – 9,3 %.

Для измерения симптоматической динамики в процессе психотерапии использовали опросник выраженности психопатологической симптоматики L. Derogatis и соавт. (SCL-90-R), определяющий: соматизацию (SOM), обсессивность / компульсивность (OC), интерперсональную тревожность (INT), депрессию (DEP), тревогу (ANX), враждебность (HOS), фобическую тревожность (PHOB), паранойяльные проявления (PAR), психотизм (PSY), а также обобщенные шкалы второго порядка: общее число утвердительных ответов, или индекс субъективного дистресса, связанного с наличием симптомов (PDSI), индекс выраженности дистресса (GSI), индекс проявленно-го симптоматического дистресса (PSI) [6, 24].

Математико-статистический анализ полученных результатов провели с использованием пакетов прикладных программ Statistica 6.0 и SPSS-19.

Результаты и их анализ

На I этапе исследования сформулировано определение «психотерапевтической мишени» и выработана классификация психотерапевтических мишеней. Появлению этого определения, а также предлагаемой классификации предшествовала длительная работа по инвентаризации имеющихся в литературе представлений о том, на что направлена лечебная интервенция в клинической психотерапии.

В литературе не существует единого определения «мишени психотерапии», несмотря на активное использование самого термина. Однако, так или иначе, мишень психотерапии связывается с «направленностью», «целью» и «задачами» психотерапевтического воздействия. В самом общем виде «мишень» формулируется как «личность», «болезнь», «расстройство», либо их различные аспекты (стороны, плоскости, детали, особенности, механизмы), зачастую имеющие различную размерность и степени обобщения эмпирического и клинического материала. Было проанализировано более 40 определений понятия «психотерапевтическая мишень». На основании этих разработок с помощью экспертного метода было получено рабочее определение понятия «психотерапевтическая мишень».

Под понятием «психотерапевтическая мишень» предлагается рассматривать проявляемый в процессе психотерапии пациентом или предполагаемый психотерапевтом клинико-психотерапевтический феномен, изменение которого является целью психотерапевтического воздействия на конкретном этапе психотерапевтического процесса.

Предлагаемая классификация психотерапевтических мишеней опирается на существующие теоретические взгляды, а также клинические исследования в психотерапии, позволившие сделать предположение о том, что любая из определяемых возможных мишеней психотерапии будет относиться к одной из следующих 5 групп, отражающих возможные «источники» определения психотерапевтических мишеней в условиях реального психотерапевтического процесса: клинические проявления пациентов, проходящих психотерапию; личностные и психологические особенности пациентов, существенным образом влияющих на возникновение и динамику расстройства; особенности психотерапевтического взаимодействия в рамках психотерапевтического процесса; условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенные и патопластическое влияние на расстройство; гипотетические конструкты психотерапевтических методов.

Разработанная на этой основе классификация включила в себя 5 основных групп психотерапевтических мишеней (табл. 1). Дальнейшая работа по анализу выделяемых мишеней психотерапии позволила определить специфику психотерапевтических мишеней выделенных классификационных групп.

Таблица 1

Классификационные признаки психотерапевтических мишеней

Группа	Содержание
1-я – клинические психотерапевтические	Мишени рассматриваются в качестве наиболее специфичных для разработки индивидуальной психотерапевтической программы, связаны с конкретными проявлениями расстройств, определяющих причины обращения пациентов за медицинской помощью, и описываются на языке клинической семиотики (например, тревога, навязчивый страх, невротическая депрессия и т. д.). Наличие психотерапевтических мишеней в когнитивно-мотивационной схеме психотерапевта важно для интеграции психотерапии в систему медицинской помощи с содержательной стороны. Они не только способствуют формированию клинически-ориентированной программы психотерапии, но и обеспечивают профессиональную коммуникацию между врачами-психотерапевтами (например, при проведении в одной лечебной программе индивидуальных, семейной и групповой психотерапий разными специалистами), между психотерапевтом и другими участниками психотерапевтической бригады, между психотерапевтом и руководителем лечебно-профилактического учреждения. Для включения психотерапевтической мишени в эту группу необходимо ее наличие в МКБ-10 или специальных клинических глоссариях
2-я – специфичные для индивидуально-психологических и личностных особенностей пациента	Они напрямую не связаны с конкретным типом невротического расстройства или существующим симптомокомплексом, однако могут рассматриваться в качестве существенных элементов этиопатогенеза невротических расстройств и являются факторами, определяющими их возникновение и развитие. Эти мишени довольно близки к группе феноменов, которые можно отнести к факторам психотерапевтического процесса, которые продуцируются участниками взаимодействия и каким-либо образом влияют на процесс, но не являются при этом объектами целенаправленного изменения. Примерами таких феноменов могут быть межличностный конфликт, проблемы самооценки, алекситимия. Эти психотерапевтические мишени находятся на границе компетенции врача-психотерапевта и клинического (медицинского) психолога. Например, психотерапевт занимается межличностными конфликтами в процессе семейной психотерапии или коррекцией зависимых отношений, которые могут быть у пациента, тем самым повышается вероятность выздоровления
3-я – специфичные для психотерапевтического процесса	Имеют отношение к психотерапевтическому взаимодействию психотерапевта и пациента вне рамок конкретного психотерапевтического метода. Воздействие на эти мишени необходимо для создания качественных условий проводимой психотерапии. Примерами могут быть феномены, отражающие особенности участия в психотерапии пациента (избега-

Группа	Содержание
	ние, пассивность, особенности мотивации к психотерапии), психотерапевта (степень директивности или активности) или стиля коммуникации между ними в процессе психотерапии. Содержание психотерапевтических мишеней – описание специфики построения психотерапевтических отношений, качество и особенности психотерапевтического контакта
4-я – психотерапевтические, специфичные для микросоциальной ситуации	Это особенности (параметры) так называемой клинической ситуации. Например, условия жизни и микросоциального функционирования пациента, в том числе имеющие психогенное и патопластическое влияние на расстройство: особенности семейной, профессиональной, социальной адаптации. Выделение данной группы мишеней необходимо для разделения сфер компетенции специалистов, оно также помогает определять потребность в них (враче-психиатре, клиническом (медицинском) психологе, специалисте по социальной работе, коррекционном педагоге и проч.). Есть основные причины отнесения феноменов этой группы к компетенции психотерапии: во-первых, учет этих феноменов напрямую влияет на качество психотерапевтического процесса, а часто и на саму возможность его осуществления; во-вторых, специфика клинической ситуации нередко проявляется (или изменяется) только в процессе психотерапии и фактическая сторона межперсональных сложностей пациента может выступать в качестве определенной стороны психотерапевтического процесса; в-третьих, привлечение участников психотерапевтической бригады должно в значительной мере учитывать запросы самого пациента и привлечение других специалистов является составляющей процесса психотерапии. Примерами феноменов этого типа могут быть: уровень психологической осведомленности пациента, вовлеченность пациента в актуальную психотравмирующую ситуацию, разрушение семьи пациента в период невротического расстройства, болезнь другого члена семьи, материальная зависимость пациента от членов семьи и проч.
5-я – специфичные для психотерапевтического метода	Многие объяснительные теории при описании мишеней психотерапии оперируют теоретическими конструктами (гипотетическими образованиями типа интрапсихического конфликта), часть из которых можно сопоставить с выявляемыми, проявляемыми или обозначаемыми феноменами. Они составляют группу мишеней, специфичных для психотерапевтического метода. Эти конструкты существуют в представлениях психотерапевта о пациенте и причинах невротического расстройства, определяют поведение психотерапевта по отношению к пациенту, являются теоретическими основаниями отдельных методов и неотделимы от собственно интервенции, предлагаемой методом. К примеру, интрапсихический конфликт, образование и объективизация которого затруднены, но проведение психодинамической психотерапии невозможно без предположения о конфликте такого ти-

Группа	Содержание
	па, в противном случае все действия психотерапевта теряют смысл. Для выделения мишеней, специфичных для метода, необходимо соотнесение их не только с теорией личности, лежащей в основе какого-либо метода, но и с концепцией патологии, предлагаемой данной теорией

Источником для составления перечня психотерапевтических мишеней 1-й (клинические психотерапевтические мишени) и 2-й (индивидуально-психологические и личностные феномены) групп служила прежде всего научная литература (данные о проведенных исследованиях в корректном научном плане – диссертации, монографии, статьи-отчеты о проводимых исследованиях в рецензируемых журналах). С целью определения значимости феноменов, включенных в предварительный список, проведено специальное исследование, в которое было включено 100 случаев психотерапии больных с невротическими расстройствами.

Для составления перечня психотерапевтических мишеней 3-й группы (специфичных для психотерапевтического процесса) использованы результаты клинко-психотерапевтического анализа лечения 68 больных с невротическими расстройствами. С целью идентификации мишеней 4-й группы, отражающих специфику клинической ситуации, изучены структурированные интервью врачей-психотерапевтов, протоколы клинко-психотерапевтических анализов и клинических конференций. Для идентификации мишеней 5-й группы, специфичных для психотерапевтического метода, в качестве источника информации служили основные литературные источники по различным методам психотерапии.

Задачей II этапа исследования было изучение практики выбора психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами при проведении психотерапевтического лечения пациентов с невротическими расстройствами, а также эффективности выбора тех или иных мишеней на основании клинко-психотерапевтического анализа психотерапевтических случаев.

Специально разработанное интервью для описания врачами проводимой психотерапии проводилось однократно, после завершения лечения. Из полученного в ходе интервьюирования материала методом экспертных оценок было выделено содержание формулировок психотерапевтических мишеней, даваемых исследуемыми психотерапевтами по отношению к конкретным психотерапевтическим случаям. Полученный перечень возможных общих и частных формулировок мишеней психотерапии был проанализирован группой экспертов. В результате чего был получен скоррек-

тированный перечень мишеней психотерапии, которые применялись врачами-психотерапевтами при лечении пациентов исследуемой группы.

Всего врачами-психотерапевтами при проведении психотерапии 150 психотерапевтических случаев лечения пациентов с невротическими расстройствами, отобранных для проведения II этапа исследования, выделялись 90 психотерапевтических мишеней. Все выделенные психотерапевтические мишени были распределены экспертами по 5 предложенным на предварительном этапе группам психотерапевтических мишеней. Выделение других групп психотерапевтических мишеней не потребовалось. Психотерапевтических мишеней 1-й группы было выделено 23, 2-й – 27, 3-й группы – 17, 4-й – 6 и 5-й – 17. В табл. 2 приведены 15 самых частых психотерапевтических мишеней, выбиравшихся врачами-психотерапевтами.

Таблица 2

Психотерапевтические мишени, наиболее часто выбираемые врачами-психотерапевтами при проведении психотерапии пациентам с невротическими расстройствами

Психотерапевтическая мишень	Группа	n (%)
Неудовлетворительный контакт с пациентом	3-я	97 (64,7)
Низкий уровень рефлексии	2-я	93 (62,0)
Недостаток доверия к психотерапевту	3-я	83 (55,3)
Внутриличностный невротический конфликт	5-я	79 (52,7)
Недостаточная мотивация к психотерапии	3-я	64 (42,7)
Трудности в близких отношениях	2-я	62 (41,3)
Нарушения самоотношения	2-я	61 (40,7)
Нарушения самооценки	2-я	60 (40,0)
Недостаточная интеграция нового опыта	3-я	59 (39,3)
Недостаток осознания характера своих отношений с людьми	5-я	56 (37,3)
Эмоциональное напряжение во время сессий	3-я	55 (36,7)
Зависимость от психотерапевта и психотерапии	3-я	53 (35,3)
Невротические защитные механизмы	2-я	50 (33,3)
Подавленные чувства	5-я	49 (32,7)
Неадекватная внутренняя картина болезни	2-я	48 (32,0)

Как видно из представленных в табл. 2 данных, в перечень 15 наиболее часто выбираемых психотерапевтических мишеней вошли психотерапевтические мишени 3 групп, за исключением психотерапевтических мишеней 1-й и 4-й групп. Наиболее частыми были мишени 2-й и 3-й групп, реже выбирались мишени 5-й группы. Эти данные дают основание отме-

тить, что выделение мишеней 1-й группы имеет, по сравнению с мишенями других групп, меньшее значение, что в определенной мере может рассматриваться как приоритет личностных изменений над симптоматическими в рамках выбранного метода. При этом мишени, относящиеся к 3-й группе, то есть те, интервенция по отношению к которым служит обеспечению самого процесса психотерапии и которые являются внеметодическими, имеют приоритет перед другими группами (мишени этой группы занимают 6 позиций из 15) (см. табл. 2). На 2-м месте мишени 2-й группы – также внеметодические формулировки относительно личностных факторов этиопатогенеза расстройства. Выбранные мишени 5-й группы имеют явную динамическую ориентированность, что вполне соответствует концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

В целом в том, как врачи формулировали мишени своей лечебной интервенции, можно отметить большее значение психологических и психосоциальных факторов психотерапии по сравнению собственно с симптомами невроза и с гипотетическими конструктами отдельных психотерапевтических методов.

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами имел свою специфику и определялся этапом психотерапевтического процесса. В табл. 3 приведены психотерапевтические мишени, наиболее часто выбиравшиеся врачами-психотерапевтами на трех этапах психотерапевтического процесса.

Таблица 3

Выбор психотерапевтических мишеней врачами-психотерапевтами
на этапах процесса психотерапии

Психотерапевтическая мишень	n (%)
I этап психотерапевтического лечения	
Неудовлетворительный контакт с пациентом	97 (64,7)
Недостаток доверия к психотерапевту	83 (55,3)
Неадекватная мотивация к психотерапии	64 (42,7)
Неадекватная внутренняя картина болезни	48 (32,0)
Некорректные ожидания от психотерапии	43 (28,7)
Несформированный запрос на психотерапию	39 (26,0)
Недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе	36 (24,0)
Психотравмирующие переживания	35 (23,3)
Эмоциональное напряжение во время психотерапевтической встречи	31 (20,7)
Недостаточное осознание связи «личность–ситуация–болезнь»	25 (16,7)

Психотерапевтическая мишень	n (%)
II этап психотерапевтического лечения	
Низкая способность (недостаточность) к рефлексии	93 (62,0)
Внутриличностный невротический конфликт	79 (52,7)
Трудности в близких отношениях	62 (41,3)
Нарушения самоотношения	61 (40,7)
Нарушения самооценки	60 (40,0)
Недостаток осознания характера своих отношений с людьми	56 (37,3)
Эмоциональное напряжение во время сессий	55 (36,7)
Невротические защитные механизмы	50 (33,3)
Подавленные чувства	49 (32,7)
Неосознание связи симптомов с особенностями собственной личности и характером отношений с людьми	44 (29,3)
III этап психотерапевтического лечения	
Недостаточная интеграция нового опыта	59 (39,3)
Зависимость от психотерапевта и психотерапии	53 (35,3)
Недостатки поведенческих моделей	30 (20,0)
Отношения с психотерапевтом	22 (14,7)
Неадаптивное, проблемное поведение	18 (12,0)
Интересы	14 (9,3)
Недостаток осознания характера своих отношений с людьми	13 (8,7)
Неудовлетворительный контакт с пациентом	13 (8,7)
Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом	10 (6,7)
Проблемы целеполагания	9 (6,0)

По результатам проведенного анализа, на I этапе психотерапии большая часть из часто выбираемых психотерапевтических мишеней (первые 7) относится к 3-й группе, сравнительно реже выбираются мишени из 2-й и 5-й групп. На II этапе наиболее часто врачи-психотерапевты выбирали психотерапевтические мишени 5-й и 2-й групп. На III этапе наиболее часто врачи выбирали психотерапевтические мишени 3-й группы, реже 2-й и 5-й групп. Мишени 1-й группы наиболее чаще выбирались на I и III этапах лечения, но они не вошли в группу часто выбираемых психотерапевтических мишеней.

Анализ эффективности выбора и проработки психотерапевтических мишеней для решения задач психотерапии на разных этапах психотерапевтического процесса, осуществлялся путем сравнения данных, полученных при проведении у пациентов исследуемой группы психодиагностических методик в начале и в конце программы индивидуальной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [15]. С учетом того,

что психотерапевтические мишени 1-й группы (клинические психотерапевтические мишени), отражающие симптоматическую эффективность проводимой психотерапии, не попали в перечни наиболее частых психотерапевтических мишеней, выбираемых врачами-психотерапевтами, был предпринят анализ с целью уточнения влияния выбора психотерапевтических мишеней на клиническую симптоматическую динамику в процессе психотерапии. Для оценки клинической (симптоматической) эффективности проводимого лечения применялся симптоматический опросник SCL-90-R [6, 24].

Анализируя клиническую (симптоматическую) динамику в процессе психотерапии у пациентов, включенных в исследование, можно отметить следующее. В целом больные с невротическими расстройствами, включенные в программу второго этапа исследования, обнаруживали достоверную позитивную клиническую динамику (снижение невротической симптоматики), что подтверждалось данными симптоматического опросника SCL-90-R. В исследуемой группе (n = 150) в процессе психотерапии отмечалась достоверная позитивная динамика по всем шкалам и индексам опросника (табл. 4).

Таблица 4

Динамика симптоматического улучшения больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии (по данным SCL-90-R), балл

Шкала и индекс	До лечения		После лечения		p <
	Медиана	Межквартильный размах	Медиана	Межквартильный размах	
SOM	0,90	0,40–1,26	0,50	0,25–1,08	0,001
OC	1,40	0,78–2,20	0,90	0,60–1,50	0,001
INT	1,10	0,44–1,60	0,66	0,30–1,30	0,001
DEP	1,38	0,70–2,34	1,10	0,50–1,60	0,001
ANX	1,10	0,40–1,90	0,80	0,40–1,40	0,001
HOS	1,00	0,50–1,20	0,50	0,17–1,00	0,001
PHOB	0,43	0,10–0,90	0,29	0,00–0,90	0,001
PAR	0,70	0,30–1,28	0,50	0,19–1,00	0,001
PSY	0,60	0,35–1,00	0,40	0,10–0,83	0,001
GSI	1,00	0,70–1,50	0,81	0,40–1,10	0,001
PDSI	2,02	1,60–2,16	1,76	1,38–2,00	0,001
PSI	49,00	35,00–62,00	41,00	25,00–57,00	0,001

После получения и статистической обработки данных исследуемая группа была разделена на 2 подгруппы, основным критерием разделения стали показатели индекса GSI методики SCL-90-R, показывающего объективную выраженность невротической симптоматики. GSI является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, и его следует использовать в большинстве случаев, где требуется обобщенный единичный показатель [6]. GSI является комбинацией информации о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса. В 1-ю подгруппу включены пациенты, у которых наблюдалась отрицательная динамика этого показателя, что говорит об объективном снижении интенсивности симптомов (до 0,7), в нее вошли 68,6 % исследуемых, во 2-ю – пациенты с положительной и нулевой динамикой индекса GSI (свыше 0,7), что свидетельствовало об отсутствии позитивного симптоматического эффекта психотерапии, в нее были включены 31,4 % обследуемых.

Для анализа взаимосвязи между симптоматической успешностью психотерапии и выбором психотерапевтических мишеней психотерапии использовался точный критерий Фишера. В результате проведенной математической обработки оказалось, что клиническая (симптоматическая) динамика связана с выбором определенных психотерапевтических мишеней прямой и обратной связью. Полученные данные приведены в табл. 5.

Таблица 5

Влияние выбора психотерапевтических мишеней на улучшение психического состояния больных с невротической симптоматикой (уменьшение индекса GSI SCL-90-R)

Группа мишеней	Психотерапевтическая мишень	Этап лечения		
		1-й	2-й	3-й
1-я	Сниженное настроение	+	+	0
2-я	Психотравмирующие переживания	+	+	0
2-я	Нарушения саморегуляции	–	0	0
2-я	Нарушения самооотношения	0	+	0
2-я	Недостатки поведенческих моделей	0	0	+
2-я	Трудности в решении актуальных жизненных проблем	0	+	0
2-я	Иррациональные установки	0	0	–
2-я	Трудности в принятии решений	0	–	0
2-я	Проблемы целеполагания	0	+	0
2-я	Невротические защитные механизмы	0	+	0
3-я	Несформированный запрос на психотерапию	+	0	0
3-я	Недостаток доверия к психотерапевту	–	0	0

Группа мишеней	Психотерапевтическая мишень	Этап лечения		
		1-й	2-й	3-й
3-я	Недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе	+	0	0
3-я	Недостаточная интеграция нового опыта	0	-	+
3-я	Неудовлетворительный контакт с пациентом	0	0	-
3-я	Манипулятивное поведение в отношениях с психотерапевтом	0	0	+
4-я	Недостаточная психологическая компетентность	-	+	0
4-я	Актуальная психотравмирующая ситуация	0	+	0
4-я	Социальная изоляция (дефицит социальных связей)	0	+	0
5-я	Недостаток осознания характера отношений с людьми	0	+	-
5-я	Недостаточное осознание связи «личность–ситуация–болезнь»	0	+	0
5-я	Недостаток осознания отношения к значимым аспектам жизни	0	0	-
5-я	Внутриличностный невротический конфликт	0	+	0
5-я	Отношения с психотерапевтом	0	0	-

«+» – положительное влияние выбора конкретной психотерапевтической мишени, число участников с успешной терапией (уменьшение GSI) и применением психотерапевтической мишени было статистически значимо выше, чем число участников с успешной терапией и не выбирающих психотерапевтическую мишень.

«-» – отрицательное влияние, то есть число участников с успешной терапией (уменьшение GSI) и не выбирающих конкретную психотерапевтическую мишень было статистически значимо ниже, чем число участников с успешной терапией и выбирающую конкретную психотерапевтическую мишень.

«0» – отсутствие достоверной статистической значимой взаимосвязи выбора мишени и симптоматической эффективности психотерапии.

Таким образом, с симптоматическим улучшением связан выбор на I этапе психотерапии мишеней из 1-й (нозоспецифической) группы – особенно симптомы фобического круга оказались эффективной мишенью, а также интервенции в отношении психотравмирующих переживаний, что логично, поскольку высота таких переживаний напрямую связана с субъективной оценкой переживаемого дистресса. Из феноменов, связанных с взаимодействием в диаде врач–пациент, значимым стал недостаток активности пациента в психотерапевтическом процессе. Можно предположить, что стимуляция такой активности благоприятствует симптоматической направленности психотерапевтической интервенции. А вот выбор на I этапе психотерапии в качестве мишеней проблем с саморегуляцией, а также вопросов взаимоотношения с психотерапевтом не коррелирует с симптоматическим улучшением.

На II этапе психотерапии эффективным выбором, связанным с симптоматическим улучшением, также становятся проблемно-решающие и личностные векторы при выборе мишеней: психотравмирующие переживания, нарушения самоотношения, трудности при решении актуальных проблем, невротические защитные механизмы, отсутствие жизненных планов, актуальная психотравмирующая ситуация, социальная изоляция, а также проблемы осознания этиопатогенеза расстройства.

На III этапе эффективным выбором является восполнение недостатков поведенческих моделей, недостатка интеграции психотерапевтического опыта и преодоление манипулятивного поведения со стороны пациента. Неэффективным выбором являются мишени 5-й группы, как преимущественно личностно-центрированные и имеющие отношение к основному, а не завершающему этапу психотерапии. Выбор такой мишени как «неудовлетворительный контакт с пациентом» в конце психотерапии, очевидно, говорит о серьезных сбоях в процессе психотерапевтического лечения.

Можно предположить, что специфика выявленных закономерностей связана с принципом, на котором было основано разделение сравниваемых групп пациентов – а именно, фокус на симптоматическом эффекте. Следует продолжить изучение закономерностей и связей между выбираемыми мишенями психотерапии и другими изменяющимися параметрами – в частности, личностными изменениями в процессе психотерапии.

Заключение

Проведенное исследование позволило проанализировать существующие подходы к определению долговременных (стратегических) и кратковременных (тактических) мишеней психотерапии больных с неврозами, сформулировать конвенциональное определение понятие «психотерапевтическая мишень» и предложить рабочий вариант классификации.

Полученные классификация и перечень психотерапевтических мишеней могут облегчить теоретико-методологическое обоснование разработки клинических и клинико-психологических аспектов индивидуальной психотерапевтической программы для пациентов с невротическими расстройствами.

Изучение реальной практики определения психотерапевтических мишеней при проведении краткосрочной личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии позволило верифицировать рабочую классификацию и создать дополняемый глоссарий психотерапевтических мишеней для лечения пациентов с невротическими расстройствами, а также

изучать связь выделения различных категорий мишеней на разных этапах проводимой психотерапии с ее эффективностью.

Литература

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. – СПб. : Изд. СПбГУ, 1998. – 76 с.
2. Александров А.А. Современная психотерапия : курс лекций. — СПб. : Акад. проект, 1997. – 335 с.
3. Аммон Г. Динамическая психиатрия : [пер. с нем.]. – СПб. : Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1996. – 199 с.
4. Бабин С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2006. – 56 с.
5. Баранов В.С., Романов Д.В., Смирнова Д.А. Актуальные задачи развития психотерапии // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 386.
6. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М. : Антидор, 2002. – 439 с.
7. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия. – 2-е изд. – М. : Акад. проект, 2006. – 800 с.
8. Вид В.Д. Параметры психотерапевтического процесса и результаты психотерапии // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 2. – С. 20–26.
9. Винокур В.А. Психологические аспекты интеграции в психотерапии, системный анализ и «эффект бабочки» // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2012. – № 1. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.medpsy.ru/mprj/archiv>.
10. Джангильдин Ю.Т., Цыганков Б.Д., Добровольская Ю.В. Основные направления и модальности в современной психотерапии : учеб. пособие. – М., 2004. – 60 с.
11. Зейг Дж.К., Мьюнион В.М. В поисках определения психотерапии // Психотерапия: что это? Современные представления. – М. : Класс, 2000. – С. 416–424.
12. Карвасарский Б.Д. Российская психотерапия: задачи и проблемы развития // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 404.
13. Клиническая психология : учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 986 с.
14. Клиническое руководство по психическим расстройствам / под ред. Д. Барлоу. – 3 изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 911 с.
15. Кулаков С.А. Личностно-ориентированная психопрофилактика пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 42 с.
16. Михайлов Б.В. Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия : учебник. – Харьков : Око, 2002. – 745 с.
17. Назыров Р.К. Научный анализ психотерапии в России и теоретико-методологическое обоснование ее дальнейшего развития : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2012. – 48 с.

18. Назыров Р.К. [и др.]. О значении мозговой дефицитарности и функциональной межполушарной асимметрии головного мозга при невротических расстройствах и их психотерапии // Психическое здоровье. – 2010. – № 10. – С. 9–14.

19. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. Кабанова М.М., Незнанова Н.Г. – СПб. : Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

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

21. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. – СПб. : Речь, 2001. – 784 с.

22. Behaviour therapy and the neuroses / ed. H.J. Eysenck. – London : Pergamon Press, 1960. – 349 p.

23. Beitman B.D., Goldfried M.R., Norcross J.C. The movement towards integrating the psychotherapies: as overview // Amer. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 146, N 2. – P. 138–147.

24. Derogatis L.R. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual. – 3rd ed. – Minneapolis : National Computer System, 1994.

25. Gilhooly K.-J. Cognitive psychology and medical diagnosis // Appl. Cognitive Psychology. – 1990. – Vol. 4, N 4. – P. 26–27.

26. Handbook of Medical Psychotherapy: Cost-Effective Strategies in Mental Health / ed. K.N. Anchor. – Toronto : Hogrefe & Huber, 1991. – 402 p.

27. Kadzin A. Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research // Handbook of psychotherapy and behavior change / Eds.: A. Bergin, S. Garfield. – New York : Wiley, 1994. – P. 19–71.

28. Kelly T.A., Strupp H.A. Patient and therapist values in psychotherapy: perceived changes, assimilation, similarity, and outcome // J. of Consulting and Clinical Psychology. – 1992. – Vol. 60. – P. 34–40.

29. McNeilly C.L., Howard K.I. The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage // Psychotherapy Res. – 1991. – N 1. – P. 74–78.

30. Ryle A. The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems / The British J. of Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 46–54.

31. Sandler J.Z., Hulus Y.F. Clinical problem solving and the biopsychosocial model // Amer. J. Psychiatry. – 1992. – Vol. 149, N 10. – P. 1315–1323.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 30.08.2016

Для цитирования. Ляшковская С.В. О классификации психотерапевтических мишеней и ее использовании для повышения качества психотерапии больных с невротическими расстройствами // Вестн. психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 7–28.

**ABOUT CLASSIFICATION OF PSYCHOTHERAPEUTIC TARGETS AND ITS USE
FOR IMPROVING THE QUALITY OF PSYCHOTHERAPY FOR PATIENTS
WITH NEUROTIC DISORDERS**

Lyashkovskaya S.V.

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

Svetlana Vladimirovna Lyashkovskaya – scientific researcher of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: oonintok@gmail.com.

Abstract. A two-stage study was conducted, in which on the first stage took place an analysis of theoretical and practical activities of psychotherapists, proposed definitions and classification of "psychotherapeutic targets". At the second stage of the study in order to verify the practical application of the proposed classification of psychotherapeutic targets 150 cases of psychotherapy for patients with neurotic disorders were evaluated. The obtained results suggest that the defining characteristics of psychotherapeutic targets and their combinations by psychotherapist in psychotherapy have certain regularity and find reliable statistical relationship with symptomatic effects of ongoing psychotherapy.

Keywords: medical (clinical) psychology, psychotherapy, psychotherapy target, neurotic disorders.

References

1. Ababkov V.A. Problema nauchnosti v psikhoterapii [The problem of scientific approach in psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 1998. 76 p. (In Russ.)
2. Aleksandrov A.A. Sovremennaya psikhoterapiya [Modern psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 1997. 335 p. (In Russ.)
3. Ammon G. Dinamicheskaya psikhiatriya [Dynamic psychiatry]. Sankt-Peterburg. 1996. 199 p. (In Russ.)
4. Babin S.M. Psikhoterapiya v sisteme lecheniya i reabilitatsii psikhicheskii bol'nykh [Psychotherapy in treatment and rehabilitation systems for mental patients]. Sankt-Peterburg. 2006. 56 p. (In Russ.)
5. Baranov B.C., Romanov D.V., Smirnova D.A. Aktual'nye zadachi razvitiya psikhoterapii [Topical problems of psychotherapy development]. *XIV s'ezd psikhiatrov Rossii* [XIV Congress of psychiatrists in Russia]. Moskva. 2005. Pp. 386. (In Russ.)
6. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. Moskva. 2002. 439 p. (In Russ.)
7. Burno M.E. Klinicheskaya psikhoterapiya [Clinical psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2006. 800 p. (In Russ.)
8. Vid V.D. Parametry psikhoterapevticheskogo protsessa i rezul'taty psikhoterapii [Psychotherapy process parameters and psychotherapy results]. *Obozrenie*

psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1994. N 2. Pp. 20–26. (In Russ.)

9. Vinokur V.A. Psikhologicheskie aspekty integratsii v psikhoterapii, sistemnyy analiz i «effekt babochki» [Psychological aspects of integration in psychotherapy, system analysis and a «butterfly effect»]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2012. N 1. URL: <http://www.medpsy.ru/mprj/archiv>. (In Russ.)

10. Dzhangildin Yu.T., Tsygankov B.D., Dobrovolskaya Yu.V. Osnovnye napravleniya i modal'nosti v sovremennoy psikhoterapii [Main directions and modalities in modern psychotherapy]. Moskva. 2004. 60 p. (In Russ.)

11. Zeyg Dzh.K., M'yunion V.M. V poiskakh opredeleniya psikhoterapii [In search of definition for psychotherapy]. *Psikhoterapiya: chto eto? Sovremennye predstavleniya* [Psychotherapy: what is it? Modern vision]. Moskva. 2000. Pp. 416–424. (In Russ.)

12. Karvasarskiy B. D. Rossiyskaya psikhoterapiya: zadachi i problemy razvitiya [Russian psychotherapy: problems of development]. *XIV s"ezd psikhiatrov Rossii* [XIV Congress of psychiatrists in Russia]. Moskva. 2005. Pp. 404. (In Russ.)

13. Klinicheskaya psikhologiya [Clinical psychology]. Ed. B.D. Karvasarskiy. Sankt-Peterburg. 2006. 986 p. (In Russ.)

14. Klinicheskoe rukovodstvo po psikhicheskim rasstroystvam [Clinical guidance for mental diseases]. Ed. D. Barlou. Sankt-Peterburg. 2008. 911 p. (In Russ.)

15. Kulakov S.A. Lichnostno-orientirovannaya psikhoprofilaktika pogranichnykh nervno-psikhicheskikh rasstroystv u detey i podrostkov [Personally oriented psychoprophylactics of borderline mental diseases with children and teenagers]. Sankt-Peterburg. 1997. 42 p. (In Russ.)

16. Mikhaylov B.V. Tabachnikov S.I., Vitenko I.S., Chugunov V.V. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Khar'kov. 2002. 745 p. (In Russ.)

17. Nazyrov R.K. Nauchnyy analiz psikhoterapii v Rossii i teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie ee dal'neyshego razvitiya [Scientific analysis of psychotherapy in Russia and theoretical and methodological grounds of its further development]. Sankt-Peterburg. 2012. 48 p. (In Russ.)

18. Nazyrov R.K. [et al.]. O znachenii mozgovoi defitsitarnosti i funktsional'noi mezhpolutsharnoi asimmetrii golovnogogo mozga pri nevroticheskikh rasstroistvakh i ikh psikhoterapii [About the significance of the brain and deficiency of functional hemispheric asymmetry of the brain with neurotic disorders and its psychotherapy]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2010. N 10. Pp. 9–14. (In Russ.)

19. Ocherki dinamicheskoy psikhiatrii. Transkultural'noe issledovanie [Essays on dynamic psychiatry. Transcultural investigation.]. Eds.: Kabanov M.M., Neznanov N.G. Sankt-Peterburg. 2003. 438 p. (In Russ.)

20. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutical encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskiy. Sankt-Peterburg. 944 p. (In Russ.)

21. Khaygl-Evers A., Khaygl F., Ott Yu., Ryuger U. Bazisnoe rukovodstvo po psikhoterapii [Basic guidance in psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2001. 784 p. (In Russ.)

22. Behaviour therapy and the neuroses. Ed. H.J. Eysenck. London : Pergamon Press, 1960. 349 p.

23. Beitman B.D., Goldfried M.R., Norcross J.C. The movement towards integrating the psychotherapies: as overview. *Amer. J. Psychiatry*. 1989. Vol. 146, N 2. Pp. 138–147.

24. Derogatis L.R. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring and procedures manual. 3rd ed. Minneapolis : National Computer System. 1994.

25. Gilhooly K.-J. Cognitive psychology and medical diagnosis. *Appl. Cognitive Psychology*. 1990. Vol. 4, N 4. Pp. 26–27.

26. Handbook of Medical Psychotherapy: Cost-Effective Strategies in Mental Health. Ed. K.N. Anchor. Toronto : Hogrefe & Huber. 1991. 402 p.

27. Kadzin A. Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. Handbook of psychotherapy and behavior change. Eds.: A. Bergin, S. Garfield. New York : Wiley. 1994. Pp. 19–71.

28. Kelly T.A., Strupp H.A. Patient and therapist values in psychotherapy: perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1992. Vol. 60. Pp. 34–40.

29. McNeilly C.L., Howard K.I. The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Res*. 1991. N 1. Pp. 74–78.

30. Ryle A. The focus in brief interpretive psychotherapy: dilemmas, traps and snags as target problems. *The British J. of Psychiatry*. 1979. Vol. 134. Pp. 46–54.

31. Sandler J.Z., Hulgus Y.F. Clinical problem solving and the biopsychosocial model. *Amer. J. Psychiatry*. 1992. Vol. 149, N 10. Pp. 1315–1323.

Received 30.08.2016

For citing. Lyashkovskaya S.V. O klassifikatsii psikhoterapevticheskikh mish-enei i ee ispol'zovanii dlya povysheniya kachestva psikhoterapii bol'nykh s nevro-
ticheskimi rasstroistvami. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 59. Pp. 7–28. **(In Russ.)**

Lyashkovskaya S.V. About classification of psychotherapeutic targets and its use for improving the quality of psychotherapy for patients with neurotic disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 59. Pp. 7–28.

ТЕХНИКИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ И ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1)

Знания, умения и особенно практические навыки беседы с родителями и приемы семейного консультирования не включены в современный Федеральный государственный образовательный стандарт подготовки врача, что осложняет формирование профессиональных компетенций врача – детского психиатра и психотерапевта и повышает потребность в обмене практическим опытом между специалистами. Материал статьи базируется на собственной практике автора в сфере семейной психотерапии (более 2500 семей). В статье описана базовая техника семейного консультирования – наблюдение. Представлены необходимость и преимущества применения техники в практической работе с семьей, изложены особенности предмета наблюдения в семейной психотерапии. Даны последовательность конкретных шагов и процедура использования техники наблюдения в консультировании семьи. Особое внимание уделено вариантам обобщающих наблюдений (общих категорий наблюдения) для детско-родительского консультирования семей с проблемным ребенком. Отражены ограничения применения техники «наблюдение». Положения статьи иллюстрированы примерами. Делается вывод, что технику «наблюдение», как и другие базовые приемы семейного консультирования, полезно включить начинающим врачам – детским психиатрам и психотерапевтам в свой профессиональный инструментарий. Непрерывное повышение профессиональных компетенций в сфере контакта с родителями больного ребенка и расширение форм включения членов семьи в лечебный процесс является современной тенденцией развития детской психиатрии в сторону повышения качества медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, семейная психотерапия, дети, психически больной ребенок, качество медицинской помощи.

Поворот детской психиатрии к биопсихосоциальной модели в диагностике, коррекции и реабилитации определяет необходимость и расширяет возможности вовлечения семьи в лечебный процесс психически больного ребенка [4]. Использование на практике базовых техник семейного консультирования улучшает контакт между врачом и родственниками ребенка

Бибчук Марина Александровна – канд. мед. наук доц., каф. психотерапии, Рос. нац. исслед. мед. ун-т им. Н.И. Пирогова (Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1), e-mail: bebtshchuk@familyland.ru.

с психическими расстройствами и нарушениями поведения и, следовательно, способствует повышению качества медицинской помощи этой категории населения [8, 9]. Однако знания, умения и особенно практические навыки беседы с родителями и приемы семейного консультирования не включены в Федеральный государственный образовательный стандарт подготовки врача-психиатра в ординатуре [6], что осложняет формирование профессиональных компетенций врача – детского психиатра и психотерапевта и повышает потребность в обмене практическим опытом между специалистами. Представленный материал базируется на собственной практике автора в сфере семейной психотерапии (более 2500 семей).

Техники, арсеналом которых располагает семейный психотерапевт, можно группировать по-разному. Например, можно выделить техники:

- используемые на приеме или домашние задания;
- универсальные (подходящие для любой семьи или на любой по порядку встрече) и специфические;
- системного подхода и заимствованные из других направлений консультирования (гештальт-подход, психодрама и т. д.);
- супружеского и детско-родительского консультирования;
- социометрические и проективные;
- диагностические и/или интервенции;
- вербальные и невербальные;
- структурированные организованные и спонтанные интерактивные.

Во многих публикациях [1, 2, 5, 7] нашли отражение техники семейного консультирования: генограмма, семейная хореография, стратегический диалог и др. Однако все эти техники начинаются и неизменно включают в себя технику, которая обычно не описана в практических руководствах и учебниках – наблюдение.

Некоторые практикующие в клиент-центрированных подходах психологи и психотерапевты опасаются консультировать семьи, обозначая свой страх так: «Я не всегда на приеме могу уследить за реакциями и невербальными проявлениями одного клиента, а тут – целая семья! Как я замечу особенности реагирования или вегетативные сигналы у четверых сразу?». Речь идет о технике наблюдения, для исполнения которой действительно нужно знать: что, как и зачем наблюдать.

В психологии достаточно часто используются методики исследования межличностных отношений и акцент делается на объективное наблюдение за интеракцией, которая впоследствии интерпретируется, исходя из определенных теоретических воззрений. Имеется в виду влияние исходных

теоретических предпосылок исследования (вплоть до понимания предмета психологии) не только на выбор объекта и предмета наблюдения, но и на организацию самого процесса наблюдения и интерпретацию его результатов [3]. Напомним, что выделяют наблюдение естественное и наблюдение в ходе психологического эксперимента. Психологам и психотерапевтам, работающим индивидуально и с семьями, широко известна необходимость естественного наблюдения за поведением человека во время консультации. Например, способ рассаживания семьи на приеме у семейного консультанта подтверждает или опровергает предварительные гипотезы специалиста. При обследовании семьи также широко используются методы наблюдения и экспертной оценки взаимодействия членов семьи в ситуации эксперимента, например при выполнении совместного задания – создании общего рисунка, строительства «соломенной башни» [10] или дискуссии на определенную тему.

Необходимость и преимущества применения техники наблюдения при консультировании семьи:

- 1) основа семейной диагностики непосредственно на приеме;
- 2) «входные ворота» в любую последующую технику и корректировку любой интервенции по ходу применения;
- 3) фундамент для формирования суждений о процессах, происходящих в семье, и построения системной гипотезы;
- 4) тренировка навыков и умений семейного психотерапевта:
 - сенсбилизация восприятия (то есть обострение чувствительности) к значимым для наблюдателя/консультанта воздействиям;
 - быстрое и точное выделение из наблюдаемого поведения необходимого феномена (умение квалифицировать);
 - отделение главного от второстепенного в процессе наблюдения;
 - баланс между широтой наблюдения и фокусировкой на отслеживаемом феномене (важно для формирования навыка нейтральности);
 - обсуждение с котерапевтом различий в восприятии материала;
 - вербализация своих наблюдений для членов семьи.

Особенности применения техники наблюдения при консультировании семьи:

- 1) объектами наблюдения может быть отдельный член семьи, но чаще – все присутствующие на семейной консультации в процессе их совместной деятельности (рассаживание на приеме, предъявление жалоб, ответы на вопросы, выполнение диагностических заданий, совместные упражнения или комментарии по поводу домашнего задания), то есть наблюдение

осуществляется в основном за процессом взаимодействия (за реакциями друг на друга и на психотерапевта);

2) универсальность и непрерывность применения техники наблюдения (на всех встречах с семьей, на протяжении всей встречи, с любыми семьями);

3) наблюдение «здесь и сейчас» за процессами в семье на приеме (чаще консультантом), но наблюдение может быть использовано и в качестве домашнего задания (одно из типовых заданий стратегического направления в системном подходе – «Наблюдать, не вмешиваясь»). Консультант может использовать все каналы восприятия материала:

– зрительный (вижу наворачнувшиеся слезы у матери в ответ на слова дочери ..., вижу увеличение расстояния между стульями супругов после моих слов ...);

– слуховой (слышу слабо модулированную речь подростка ..., слышу задержку дыхания у мужа, когда жена ...);

– тактильный (чувствую вялое рукопожатие отца по сравнению с прошлым разом ...);

– обонятельный (сегодня носки у Вани пахнут меньше, чем две недели назад ...);

4) регистрируются:

– дискретные реакции (например, улыбнулся, обратился за помощью);

– реакции определенных общих категорий (положительные эмоции, сложности при обобщении);

– реакции в контексте предшествующих или последующих событий;

5) способы получения количественных оценок в ходе наблюдения:

– оценка интенсивности (выраженности) наблюдаемого действия / феномена / реакции (психологическое шкалирование);

– измерение длительности наблюдаемого события (хронометраж);

– оценка частоты и повторяемости наблюдаемого действия / феномена / реакции.

Предмет наблюдения при семейном консультировании. Как правило, предмет наблюдения – внешние экстериоризированные компоненты деятельности членов семьи:

а) моторные компоненты действий, возникающие в процессе взаимодействия:

– движения, перемещения и неподвижные состояния людей (вскакивание, ходьба во время консультации);

- скорость и направление движения от ... или к ...;
- дистанция между участниками консультации (ближе – дальше);
- соприкосновения, толчки, удары (кто, кого, в какой момент);
- совместные действия (проявление инициативы после ..., отказ от совместности);

б) речевые акты и вербальные особенности взаимодействия:

- содержание (по существу темы или нет);
- частота и продолжительность высказываний;
- интенсивность и экспрессивность;
- особенности лексического, грамматического и фонетического строя;
- прерывание речи другого;
- ответы за другого;
- молчание;

в) мимика и пантомимика, возникающие в процессе взаимодействия участников консультации (жестикауляция, отведение взгляда, разворот головы и корпуса от ... или к ..., вздохи или гримаса в ответ на ...);

г) внешние проявления некоторых вегетативных реакций, возникающие в ответ на действия других лиц:

- покраснение или побледнение кожи;
- изменение ритма дыхания;
- слезы;
- дрожание голоса, осиплость;
- потоотделение;
- сочетание перечисленных признаков и другие проявления.

Процедура исполнения техники «наблюдение» в работе семейного психотерапевта. Наблюдение – это непрерывная деятельность консультанта во время сессии, в которой можно выделить определенную последовательность операций:

1-й шаг. Первичное наблюдение. Необходимо заметить выраженные особенности семейных реакций и выделить их из потока поведенческих проявлений для дальнейшего наблюдения (например, мать перебила отца и ответила на вопрос психотерапевта вместо него);

2-й шаг. Продолжение наблюдения в той же ситуации или конструирование контекста, в котором замеченный феномен можно отчетливее наблюдать (например, мать не отвечает за детей на вопросы, адресованные им);

3-й шаг. Проверка повторяемости наблюдаемого явления / реакции (например, ага! Мама опять не дает говорить папе);

4-й шаг. Обобщение серии наблюдаемых явлений (например, каж-

дый раз, когда начинает говорить отец, мать его перебивает);

5-й шаг. Наблюдение сочетанных феноменов (подкрепляющих обобщающее наблюдение), а иногда и выделение сразу циркулярной последовательности (например, дети начинают больше шуметь и становятся «неуправляемыми» каждый раз, когда мама перебивает папу);

6-й шаг. Предположения, выводы, заключения и гипотеза, сделанные на основе наблюдений 1–5: коммуникативная несогласованность между родителями, соперничество в родительской паре (возможно в присутствии и «для» консультанта), дети негласно поддерживают отца и снижают авторитет матери как воспитателя, восстанавливая баланс в родительской паре;

7-й шаг. Выражение консультантом обратной связи членам семьи о наблюдаемом поведении (феноменологическая обратная связь) или о своих предположениях и гипотезах (интерпретативная обратная связь). 7-й шаг может включать использование других техник, например отражение содержания или процесса.

Варианты обобщающих наблюдений (общих категорий наблюдений) при детско-родительском консультировании семей с проблемным ребенком:

– коммуникативная согласованность (соответствие сигналов партнеров по взаимодействию по интенсивности и содержанию) / диалоговость общения;

– эффективность воспитательных воздействий / установление ясных правил и границ / умение справиться со сложным поведением ребенка;

– баланс между авторитетом родителей и уважением к ребенку как к другому, отличному от родителей, человеку (со своими интересами и особенностями);

– умение успокоить и поддержать ребенка;

– удовольствие от общения в (эмоциональный фон взаимодействия, эмоциональная вовлеченность во взаимодействие);

– баланс между собственным интересом взрослого и поддержкой инициативы или активности ребенка / умение следовать за ребенком, за его активностью / умение и желание развивать ребенка;

– баланс помощи (руководства) со стороны взрослого и самостоятельности ребенка, свободы в приобретении им собственного опыта, в прикладывании усилий к преодолению трудностей.

Ограничения применения техники наблюдения:

1) наблюдение требует большого внимания от семейного консультанта;

2) результаты наблюдения могут зависеть от индивидуальных характеристик консультанта:

– объем одновременного восприятия (обычно у человека не превышает 5–7 дискретных объектов);

– различная восприимчивость к воздействиям по модальностям (преимущественно зрительный или слуховой типы) и физической дистанции с клиентом;

– преимущественное развитие способности концентрировать или распределять внимание;

– особенности памяти, когнитивного стиля;

– темперамент, эмоциональная устойчивость и т. д.;

3) зависимость данных наблюдения от состояния и установок консультанта:

– избирательность наблюдения, которая определяется общей направленностью деятельности (ребенку «бросаются в глаза» игрушки, портному – пошив одежды, врачу-психиатру – признаки диссоциации психической деятельности);

– гибкость или ригидность установок консультанта (могут приводить к ошибкам восприятия и содержат опасность предвзятости в интерпретации наблюдаемого);

– оценочность в суждениях консультанта и проекция собственного «Я» на наблюдаемое поведение;

4) влияние консультанта как наблюдателя на объект наблюдения. Присутствие семейного психотерапевта может существенно изменить наблюдаемое поведение, поскольку для человека и животного не безразличен тот факт, что за ним наблюдают. Минимизировать это влияние можно наблюдением из темной комнаты, отделенной от помещения, где идет консультация, стеклом с односторонней проводимостью света – зеркалом Гезелла или фото- и киносъемкой скрытой камерой. Подобные способы, осуществляемые без добровольного информированного согласия клиентов / пациентов, обостряют сложную этическую проблему, касаясь внутреннего мира человека. Поскольку консультант чаще всего открыто наблюдает (что является частью его работы) за поведением семьи и тем самым вносит новые условия в наблюдаемый процесс, то только его скромность, чувство такта, уважение к клиентам и способность быть нейтральным ослабляют неизбежное влияние на наблюдаемые процессы;

5) влияние характеристик объекта наблюдения (семьи) на консультанта, на восприятие им наблюдаемых признаков и их оценку. Во многом

этот пункт (как и п. 3) связан с особенностями установок консультанта, с мифологией и характеристиками его собственной семьи. Минимизация влияния клиентов на искажение восприятия консультантом наблюдаемого феномена лежит в основе тренировки навыка нейтральности и обоснования необходимости личной терапии самого психотерапевта.

Заключение

В заключение отметим, что технику «наблюдение», как и другие базовые приемы консультирования семьи, полезно включить начинающим врачам – детским психиатрам и психотерапевтам в свой профессиональный инструментарий. Непрерывное повышение профессиональных компетенций в сфере контакта с родителями больного ребенка и расширение форм включения членов семьи в лечебный процесс является современной тенденцией развития детской психиатрии в сторону повышения качества медицинской помощи.

Литература

1. Бебчук М., Жуйкова Е. Помощь семье: психология решений и перемен. – М.: Класс, 2015. – 312 с.
2. Варга А.Я. Учение студенческой молодежи семейной психотерапии: проблемы и вызовы // Высшая школа: опыт проблемы, перспективы : материалы VIII междунар. науч.-практ. конф. : в 2 ч. – М. : РУДН, 2015. – Ч. 1. – С. 182–186.
3. Коновалова М.Д. Экспериментальная психология : конспект лекций. – М. : Высш. образование, 2009. – 180 с.
4. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 3. – С. 5–9.
5. Нардонэ Дж., Сальвини А. Магическая коммуникация : стратегический диалог в психотерапии / пер. с итал. – М. : Рид Групп, 2011. – 160 с.
6. Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) : приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 г. № 1062. – URL: <http://fgosvo.ru/news/3/270>.
7. Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы / пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – 277 с.
8. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Назыров Р.К. Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь : метод. рекомендации. – СПб., 2014. – 24 с.
9. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Брюн Е.А. Семейно-ориентированный подход к реабилитации лиц с психическими расстройствами // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2009. – Вып. 3. – С. 55–60.
10. Шерман Р., Фредман Н. Структурированные техники семейной и супружеской терапии : руководство / пер. с англ. – М. : Класс, 1997. – 331 с.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 15.08.2016

Для цитирования. Бечук М.А. Техники семейной психотерапии, как элемент профессиональной компетенции и гарантия качества медико-психологической помощи детям // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 59 (64). – С. 29–38.

**THE TECHNIQUES OF FAMILY THERAPY, AS AN ELEMENT OF PROFESSIONAL
COMPETENCE AND QUALITY ASSURANCE OF MEDICAL
AND PSYCHOLOGICAL CARE FOR CHILDREN**

Bebchuk M.A.

Pirogov Russian National Research Medical University
(Russia, Moscow, Ostrovitianov Str. 1);

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

Abstract. The knowledge, skills and especially practical conversations with parents and family counseling techniques are not included in the modern federal state educational standard of medical training, which complicates the development of professional competence of physicians – child psychiatrist and psychotherapist and raises the need for the exchange of practical experience between experts. The article data is based on the author's own practice in the field of family therapy (more than 2500 families). Observation as the basic technique of family counseling is described in the article. It presents the necessity and benefits of applying technology in practical work with the family and specific features of observation family therapy are presented as well. The sequence of specific steps and procedure for using the technique of observation in family counseling is shown. Special attention is given to several samples of generalizing observations (general categories of observation) for children and parent counseling families with problematic child. Specific restrictions in application of engineering supervision are reflected. The provisions of article are illustrated with examples. It is concluded that the technique of observation, as well as other basic techniques of family counseling, is useful to have a budding physicians - child psychiatrists and therapists in their professional toolbox. Continuous improvement of professional competences in the area of contact with the parents of a sick child and the expansion of forms of inclusion of family members in the treatment process is the current trend in the development of child psychiatry in terms of improvement the quality of care.

Keywords: clinical (medical) psychology, family therapy, techniques, observation, child with mental disorder, quality of health care.

References

1. Bebchuk M., Zhuikova E. Pomoshch' sem'e: psikhologiya reshenii i peremen [Family support: the psychology of decisions and changes]. Moskva. 2015. 312 p. (In Russ.)
2. Varga A.Ya. Obuchenie studencheskoi molodezhi semeinoi psikhoterapii: problemy i vyzovy [Education students of family therapy: problems and challenges]. *Vysshaya shkola: opyt problemy, perspektivy* : Scientific. Conf. Proceedings : in 2 Pt. Moskva. 2015. Pt.1. Pp. 182–186. (In Russ.)
3. Konovalova M.D. Eksperimental'naya psikhologiya [Experimental Psychology]. Moskva. 2009. 180 p. (In Russ.)
4. Koren' E.V. K razrabotke kontseptual'noi modeli psikhosotsial'noi reabilitatsii detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami [Development of a conceptual model of psychosocial rehabilitation for mentally disordered children and adolescents]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2011. Vol. 21, N 3. Pp. 5–9. (In Russ.)
5. Nardone G., Sal'vini A. Magicheskaya kommunikatsiya: strategicheskii dialog v psikhoterapii [Il dialogo strategico]. Moskva. 2011. 160 p. (In Russ.)
6. Ob utverzhdenii Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego obrazovaniya po spetsial'nosti 31.08.20 Psikhiatriya (uroven' podgotovki kadrov vysshei kvalifikatsii) : prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii [About ratification of Federal Education Standart of advanced education in specialization 31.08.20 Psychiatry (level of advanced staff qualification): order of Russian Department of Education and Science] 25.08.2014 N 1062. – URL: <http://fgosvo.ru/news/3/270>. (In Russ.)
7. Pepp P. Semeinaya terapiya i ee paradoksy [The progress of change]. Moskva. 1998. 277 p. (In Russ.)
8. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Nazyrov R.K. Psikhokorreksionnye i psikhoterapevticheskie meropriyatiya v uchrezhdeniyakh, okazyvayushchikh psikhiatricheskuyu pomoshch' [Psycho-correctional and therapeutic activities in institutions providing psychiatric care]. Sankt-Peterburg. 2014. 24 p. (In Russ.)
9. Hritinin D.F., Petrov D.S., Konovalov O.E., Breyun E.A. Semeinoorientirovannyi podkhod k reabilitatsii lits s psikhicheskimi rasstroistvami [Family-oriented approach to rehabilitation of mentally sick people]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]. 2009. Issue. 3. Pp. 55–60. (In Russ.)
10. Sherman R., Fredman N. Strukturirovannye tekhniki semeinoi i supruzheskoi terapii [Handbook of structured techniques in marriage and family therapy]. Moskva. 1997. 331 p. (In Russ.)

Received 15.08.2016

For citing. Bebchuk M.A. Tekhniki semeinoi psikhoterapii, kak element professional'noi kompetentsii i garantiya kachestva mediko-psikhologicheskoi pomoshchi detyam. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 64. Pp. 29–38. (In Russ.)

Bebchuk M.A. The techniques of family therapy, as an element of professional competence and quality assurance of medical and psychological care for children. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 64. Pp. 29–38.

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Санкт-Петербургский психоневрологический диспансер № 6, дневной стационар
(Россия, Санкт-Петербург, Колпино, пр. Ленина, д. 1/5);
Санкт-Петербургская городская клиническая психиатрическая
больница № 7 (клиника неврозов им. акад. И.П. Павлова)
(Россия, Санкт-Петербург, 15 линия, д. 4/6)

Представлены результаты психокоррекционной работы с больными с невротическими расстройствами в амбулаторных условиях с применением танцевально-двигательной психотерапии. Психотерапия группы пациентов была ориентирована на расширение и улучшение коммуникативных навыков, регрессию ролевых шаблонов, активное выражение подавленных чувств, конфликтов, улучшение функций самоконтроля, владение своим телом. Проанализирована работа в психотерапевтической группе пациентов с невротическими расстройствами, состоявшей из 9 человек в амбулаторных условиях, представлены модифицированная структура и описание танцевально-терапевтических сессий.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, амбулаторная психотерапия, танцевально-двигательная психотерапия, невротическое расстройство.

Введение

В лечении больных невротическими расстройствами наибольшее распространение в нашей стране имеет личностно-ориентированная (реконструктивная) патогенетическая психотерапия, в основе которой лежит патогенетическая концепция неврозов В.Н. Мясищева и Б.Д. Карвасарского. Нарушения отношений с реальной действительностью иногда лучше прорабатываются через структурированные и специально подобранные психотерапевтические образы, особенности реакции на которые легче выразить через моторику в танцевально-двигательной психотерапии (ТДП).

Бабаева Екатерина Геннадьевна – мед. психолог, С.-Петерб. психоневрологич. диспансер № 6, дневной стационар (Россия, 196653, Санкт-Петербург, Колпино, пр. Ленина, д. 1/5), e-mail: k-a-t-t-y@yandex.ru;

Оганесян Наталия Юрьевна – канд. психол. наук, мед. психолог, С.-Петерб. гор. клинич. психиатрич. больница № 7 (клиника неврозов им. акад. И.П. Павлова) (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 15 линия, д. 4/6), e-mail: anais_og@rambler.ru.

Так как танец бессознателен, то психологические защиты легче снимаются именно в танце – пациенту трудно контролировать эмоциональные движения своего тела в пространстве, особенно если это происходит под специально подобранную музыку, соответствующую психотерапевтической мишени проблематики пациента. Пациентам с пограничной личностной организацией, слабым или расщепленным «Эго», особенно показана ТДП, так как в индивидуальном, парном и групповом танце мягче проигрываются особенности коммуникаций таких пациентов в ситуации «здесь и сейчас».

ТДТ сравнительно недавно стала применяться в лечении больных невротическими расстройствами у нас в стране. На настоящее время за рубежом также не достаточно описаны особенности проведения ТДТ [4] В то же время зарубежные научные исследования особенностей метода ТДТ проходят в тесной связи с психофизиологией и нейропсихологией [5, 6].

Первые исследования особенностей ТДП в России провели в клинике неврозов им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург). Были выделены психомоторные техники работы в структуре танцевально психотерапевтической сессии, позволяющие провести коррекцию фобических расстройств, расстройств сексуального плана, страхов, вызванных переживаниями по этому поводу. ТДТ, имеющая в своей основе моторный, эмоциональный и когнитивный компоненты, позволяет глубоко проработать невротические конфликты (истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический. ТДТ больных с невротическими расстройствами ориентирована на коррекцию дезадаптивных форм поведения.

В структуре танцевально терапевтической сессии помимо чисто танцевальных техник может присутствовать психотерапевтический рисунок, корригирующая гимнастика, релаксация и т.д. Структура сессии обычно строится в зависимости от состояния пациентов, психотерапевтических целей, особенностей состава группы и профессионализма танцевального терапевта. Танцевальный терапевт может проводить сессии как самостоятельно, так и при помощи котерапевта. В ТДП при помощи танцевального терапевта происходит закрепление положительных ассоциативных связей путем повторения ассоциируемых элементов в танце, релаксации и рисунке.

Индивидуальная психология А. Адлера постулирует: задача психотерапии помочь невротическому субъекту осознать, что его мотивы и цели неадекватны реальности, с тем, чтобы его стремление компенсировать свою неполноценность получило выход в творческих актах. Именно танцевально-двигательная психотерапия является таким творческим актом, в

котором танцевальный терапевт позволяет невротическим пациентам свободно отреагировать незавершенные гештальты.

Цель работы – проработать внутренние конфликты, стабилизировать психическое состояние пациентов с невротическими расстройствами, в процессе групповой ТДП с использованием тематического подхода в соответствии с поставленными задачами психотерапии проанализировать полученные результаты.

Материал и методы

В дневном стационаре психиатрического учреждения наиболее оправдана групповая форма работы ТДП с использованием тематического подхода. Исследовали результативность модификации сессий ТДП в психотерапевтической группе, состоящей из 9 пациентов с невротическими расстройствами, в условиях амбулаторной психотерапевтической службы дневного стационара Санкт-Петербургского городского психоневрологического диспансера № 6.

Клинический и социальный статус больных группы представлен в таблице. Женщин было 6, мужчин – 3. Пациенты находились под диспансерным наблюдением и получали непрерывную фармакологическую терапию.

Формирование психотерапевтической группы осуществили с участием лечащих врачей. У всех больных получили устное добровольное согласие участия в исследовании. Противопоказаниями зачисления пациентов в группу являлись наличие когнитивных расстройств, стойких суицидальных тенденций, а также сопутствующих заболеваний, симптомы которых могут быть спровоцированы излишней физической активностью.

Всего в сформированной психотерапевтической группе провели 10 сессий. Занятия осуществляли совместно с котерапевтом, 2 раза/нед, длительность сессии – $1\frac{1}{2}$ -2 ч.

Модификация стандартной структуры сессий заключается в привлечении в работу группы котерапевта, что является не типичным ходом для данного вида групповой психотерапии. Четкое распределение ролей между ведущими группы, включение котерапевта в качестве непосредственного участника группы, который выполняет упражнения «не идеально» (не является «эталоном») и эмоционально реагирует на удачи и неудачи, позволяет значительно снизить уровень тревоги и напряжения, добиться скорейшего снятия психологических защит, способствует быстрому раскрытию пациентов, повышению комплайентности и более глубокому понима-

нию и проработки проблемных моментов участниками группы. Следует учитывать, что во многом успех данного вида психотерапии зависит от личности танцевально-двигательного терапевта, умения создать доверительные отношения.

Клинический и социальный статус больных психотерапевтической группы

Возраст, лет	Диагноз	Социальный и семейный статус
Женщины		
26	Рекуррентное депрессивное расстройство у истеричной личности, депрессивный эпизод средней тяжести. Неоднократные суицидные попытки (F 33.0 по МКБ-10)	Учитель, работает в школе-интернате, не замужем, сыну 3 года. Проживает с матерью и сыном
19	Смешанное расстройство личности (ананкастное (обсессивно-компульсивное) и тревожно-ипохондрическое) (F 60.8)	Студентка 3 курса. Проживает с матерью, отчимом и гражданским мужем
32	Смешанное тревожно-депрессивное расстройство у личности с выраженным истероидным радикалом (F 41.2)	В отпуске по уходу за ребенком. Проживает с мужем и 2 детьми (дочери 10 лет, сыну 4 мес)
49	Истерическое расстройство личности, тревожно-депрессивный синдром и синдром аффективной неустойчивости (F 60.4)	Не работает. Не замужем, детей нет
39	Рекуррентно-депрессивное расстройство, тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический синдром (F 33.1)	Работает маникюршей на дому. Проживает с супругом и двумя сыновьями (22 года и 19 лет)
46	Органическое поражение головного мозга смешанного генеза (без когнитивного снижения), тревожно-депрессивный, сенесто-ипохондрический синдром у истерической личности (F 06.82)	Не работает. Замужем, имеет взрослую дочь
Мужчины		
21	Расстройство личности смешанного типа, психоневротическое расстройство, инфантилизм. Психологическое расстройство, связанное с психосексуальной ориентацией (гомосексуализм) (F 66.1; 60.8)	Студент 3 курса колледжа. Проживает с братом двойняшкой и бабушкой
33	Рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод средней тяжести с соматическими симптомами (F 33.0)	Работает, старший специалист. Женат, детей нет
22	Смешанное расстройство личности тревожно-избегающего варианта, истерического типа, умеренно выраженный депрессивный синдром. Страдает компьютерной зависимостью (F 60.0)	Не учится, не работает, не женат. Проживает с отцом, матерью и младшим братом

Модификация танцевально-терапевтических сессий касается также постановки ближайших и отдаленных задач, выбора тем и приемов, структурированности и продолжительности занятий, акцента на тех или иных факторах психотерапевтического воздействия. Модифицированные, апробированные и предложенные к внедрению танцевально-терапевтические модули (т.е. блоки методик, упражнений, техник, составляющих определенную последовательность танцевально-терапевтических сессий), оптимально сочетаются с традиционными методами психофармакотерапии, различными видами вербальной психотерапии и терапии творчеством у пациентов с учетом особенностей течения заболевания и актуальных проблемных зон.

Мишенями коррекции явились: регрессивные ролевые шаблоны, манипулятивный уход от психосоциального стрессора, не восприятие собственной роли в формировании дезадаптации.

Целями психотерапии стали:

- осознание своих жизненных трудностей, а также способностей, возможностей и ресурсов;
- развитие способности анализировать ситуации и быть честными перед собой в своих чувствах и поступках, чтобы управлять своей жизнью, повышение возможности выборов;
- эмоциональное отреагирование участниками актуальных для них на данный момент жизни чувств и переживаний, коррекция эмоционального состояния.

Для структурирования танцевально-терапевтических сессий авторами был модифицирован стандарт занятия для пациентов психиатрических клиник [1].

- 1) каждое занятие начиналось с рисунка своего настроения;
- 2) разминка. Разогрев мышц, активация моторных навыков, развитие мелкой моторики, координации, уменьшение мышечного напряжения, настрой на предстоящую работу;
- 3) обсуждение темы сессии. Подготовка к определенному виду деятельности, к дальнейшей осознанной работе;
- 4) развитие темы сессии, направленное на приобретение личного опыта, формирование определенных навыков, посредством практических танцевально-двигательных методов. В этой части предлагается пара танцевально-двигательных упражнений, с последующим обсуждением;

5) танцевальная импровизация индивидуальная, групповая или парная, направленная на преодоление сопротивления, самовыражение, самопринятие и взаимопринятие участников группы;

6) круговой групповой танец, направленный на возникновение чувств общности, сопричастности, развитие внутригруппового единства, межличностных отношений, умения подстроиться под групповую задачу, снятие тревоги и напряжения;

7) дыхательные упражнения, растяжка. Гармонизация эмоционального состояния, обучение навыкам самопомощи;

8) заключение – подведение итогов занятия;

9) рисунок «Какого я цвета».

Описание психотерапевтических сессий ТДП:

1-е занятие. Знакомство участников друг с другом, ведущими и методом ТДТ. Цели: выявление мишеней для работы, мотивация участников, создание безопасной атмосферы и позитивного настроения.

2-е занятие. Установление контакта. Работа с ритмом и координацией. Цели: знакомство и объединение на телесном уровне участников группы, выявление лидирующих позиций, снятие напряжения и преодоление внутреннего сопротивления.

3-е занятие. Техники работы с телом. Раскрепощение участников и усиление группового взаимодействия. Цели: преодоление внутреннего и внешнего сопротивления, комплексов и страхов, развитие эмпатии, изучение персонального пространства и межличностной дистанции.

4-е занятие. Развитие понимания языка тела. Невербальное общение. Цели: более точное понимание себя (своих трудностей) и других, развитие чуткости, внимания и эмпатийности. Осознание взаимовлияния тела и психики и возможности изменить эмоциональное состояние с помощью тела. Умение подстроиться под групповую задачу, ощущение единения с группой.

5-е занятие. Развитие чувствительности к телесным сигналам. Цели: развитие умения чувствовать себя и партнера, осознание мышечного напряжения – «зажимов» и их значения, работа над избавлением от них. Осознание стереотипов и дезадаптивных паттернов своего поведения.

6-е занятие. Развитие эмоционального интеллекта. Цели: осознание своих чувств, способы их выражения, связи тела и психики. Понимание своих привычных двигательных стереотипов, связи с выражением чувств, знакомство с другими вариантами, самопомощь.

7-е занятие. Работа с ограничениями (препятствиями). Цели: различные способы преодоления препятствий и поведения в проблемных ситуациях (провести аналогии с жизнью) Отследить и осознать дезадаптивные моменты, попробовать проявить себя по-другому – получение положительного подкрепления и повышение уверенности.

8-е занятие. Доверие и принятие. Цели: подкрепление чувства идентификации с группой, возможность как получить поддержку, так и оказать ее, безопасное самораскрытие. Осознание регрессивных паттернов своего поведения в повседневной жизни и способов его изменения.

9-е занятие. Комбинация и баланс напряжения – расслабления. Цели: преодоление неадекватных форм поведения, закрепление новых форм, способствующих более стойкой адаптации. Обучение конструктивным способам выражения эмоций.

10-е занятие. Открытое выражение эмоций и чувств с помощью движений. Подведение итогов. Цели: повышение самооценки, принятие себя, ощущение своей ценности, гибкость в поведении, уменьшение числа штампов и зажимов, получение новых впечатлений, ориентация на активную жизненную позицию, осознание позитивных изменений и закрепление мотивации на лечение, и дальнейшую работу над собой.

Оценку психического статуса пациентов до и после ТДП провели при помощи проективной экспресс-диагностической методики «Какого я цвета» [1] и методики «Телесный анализ» [2, 3].

Результаты и их анализ

Групповая динамика характеризовалась мощным сопротивлением, напряжением, высокой степенью фрустрации на фазе ориентации и зависимости и затянувшейся фазой агрессии, которую участники группы долгое время не могли принять, осознать, а затем отреагировать. Можно предположить, что данная особенность обусловлена особенностями течения заболеваний у данного контингента пациентов, общими чертами которых является повышенная ригидность и возбудимость, наличие мощных психологических защит, подавление эмоций и как следствие наличие страхов, выраженной тревоги и напряжения.

Исходя из наблюдений, в процессе групповых занятий ТДП, имело место сплочение членов группы, принятие друг друга. Характерной особенностью участников данной группы явилась высокая потребность в тактильности и принятии на телесном уровне, которая не реализована в повседневной жизни.

Улучшение невербального компонента поведения, снятие телесных зажимов и части психологических защит, расширение двигательного репертуара и пространства, обучение партнерству в танце, позволило участникам осознать дезадаптивные паттерны своего повседневного поведения, и через танец попробовать изменить их на адаптивные, получить положительное подкрепление. Во время танцев пациенты более четко могли обозначить тему танца, последовательность движений стала более структурированной, а сами движения более разнообразными, сильными и законченными. Пациенты демонстрировали более раскованные движения, произошло усиление энергетического баланса, появилось больше уверенности.

Отдельно хочется отметить 100 % посещаемость занятий, завершение цикла сессий всеми пациентами. Несмотря на то, что большая часть пациентов, посещающих психотерапевтическую группу, ранее не удерживались в формате вербальных групповых занятий и получали помощь в виде индивидуальной психотерапии. Так же выявлено увеличение уровня комплаентности пациентов.

Результаты психодиагностических методик. При анализе рисунков, сделанных пациентами по методике «Какого я цвета», установлено, что на первых сессиях полностью отсутствовали конкретные образы и предметы. Рисунки представляли собой абстрактную штриховку, преобладали темные тусклые тона, говорящие о снижении общего фона настроения, наличия страхов. Почти все пациенты использовали в своих рисунках линии с нажимом и множественными штриховками, что может свидетельствовать о выраженной тревоге, неуверенности и эмоциональной напряженности. Встречающиеся незамкнутые линии являлись признаком астенического состояния. У 3 пациентов линии рисунков с сильным нажимом и преобладанием красных цветов свидетельствовали об агрессивности и повышенной импульсивности, у 2 пациентов сильно варьирующие (неровные, неодинаковые) линии – о повышенной эмоциональной лабильности.

На заключительных сессиях ТДП изменилась тематика рисунков – появились конкретные образы – солнце, дерево, дом, облако, птица. У части пациентов рисунки остались в виде штриховки, что говорило о выраженной стереотипии, но, тем не менее, изменилась цветовая гамма – отмечалось преобладание статических (уравновешивающих) цветов, что свидетельствовало о снижении тревоги, уравновешенности и большей стабильности. Яркие, многоцветные, нарисованные четкими линиями рисунки показывали появление решительности и активности, снижении эмоционального напряжения.

По методике «Телесный анализ» общими тенденциями являлось то, что у пациентов на первых сессиях преобладали слабые, стереотипные движения, не законченные и не структурированные. Из частей тела чаще всего использовались руки, в меньшей степени – ноги, голова и корпус не участвовали в танце вообще. Движения преимущественно исполнялись стоя на одном месте и был задействован в основном средний уровень пространства. У 2 пациенток все движения преимущественно осуществлялись стоя на полупальцах. При попытках перемещения были видны неустойчивость, шаткость, потеря равновесия и нарушение баланса почти у всех пациентов. Отмечались крайне высокий уровень телесного напряжения, скованность, множественные мышечные зажимы. Ввиду высоких тревоги и напряжения, участники группы с трудом и не точно повторяли как простые, так и сложные движения ведущих. Не удавалось выполнить и медленные плавные движения – у большей части пациентов они получались отрывистыми, резкими и хаотичными. Пациенты не могли пойти за ритмом. При парных танцах не замечались реакции партнера, зачастую на него не обращалось внимание, а пациенты были сосредоточены на себе и чрезмерно озабочены тем, как они выглядят со стороны. При групповом круговом танце выполнялись движения не согласованно, разрозненно, отмечались выраженные сложности концентрации и удержания внимания.

К концу танцевально-терапевтического цикла, не смотря на сохраняющуюся стереотипию в движениях, отмечались большая вариативность и собственное построение движений. Они стали более активными, сильным, широкими, раскрепощенными и законченными. Почти всем пациентам были доступны медленные и плавные движения. Из частей тела по-прежнему в движениях в большей степени оставались задействованными руки, но уже больше участвовали ноги, подключались движения корпусом и головой. По-прежнему был задействован средний уровень пространства, но также появлялись движения в верхнем и нижнем уровнях. Изменилось и отношение к пространству.

На последних сессиях ТДП на месте никто не стоял, часть пациентов использовало половину сцены и центр, 4 – все пространство зала. Движения пациентов стали более ритмичными, координированными и устойчивыми. Появилась возможность и интерес к имитированию простых и сложных танцевальных движений. Изменилось и отношение к партнерам по танцам – пациенты стали более доброжелательными, поддерживающими и внимательными друг к другу. При групповых танцах отмечались большая согласованность движений и единый ритм. Изменилась и телесная

картина – обращали на себя внимание более ровная осанка, уверенная походка и уменьшение числа мышечных зажимов у всех участников группы.

Подведение итогов. В начале ТДП частью пациентов были заявлены актуальные проблемы, которые стали причиной дестабилизации психического состояния, и как следствие обращением за медицинской помощью в дневной стационар. В процессе деятельности психотерапевтической группы заявленные проблемы были проработаны, отреагированы на нескольких сессиях. Это позволило не только улучшить психическое состояние пациентов, но и разработать успешные стратегии дальнейшего поведения в социуме.

При клинико-психологической беседе после завершения сессий ТДП, пациенты отмечали снижение тревоги и стабилизацию общего фона настроения, повышение активности, высказывали удовлетворение пройденным циклом, сожаление по поводу его завершения и желание продолжить работу. Пациенты адекватно оценивали произошедшие с ними изменения, говорили, что стали более открытыми, получая от членов группы эмоциональную поддержку, увереннее ощущали себя не только в процессе занятий, но и в повседневной жизни, охотнее делились своими переживаниями. Пациенты рассказывали об улучшении взаимоотношений с близкими родственниками и снижении конфликтности в семьях. Два пациента трудоустроились, одна пациентка строит отношения с мужчиной.

Можно предположить, что часть пациентов из нашей группы в течение длительного времени не будет нуждаться в медикаментозной терапии и успешно адаптируется в социуме. Условия амбулаторной службы позволяют оценить и дальнейший их катамнез.

Заключение

Разработанная модификация танцевально-двигательной психотерапии, больных с невротическими расстройствами, включающая особенности проведения сессий с котерапевтом, снижала уровень тревоги и актуальности фобий, повышала адаптивные способности и социальную состоятельность больных в более короткие сроки.

Танцевально-двигательная психотерапия – действенный метод в лечении невротических расстройств, позволяющий отреагировать внутриличностную проблематику пациентов. Полученные результаты, представленные в настоящем исследовании, дают основания предполагать, что данный вид невербальной психотерапии может также успешно применяться и на этапе амбулаторного лечения, что требует дальнейшего изучения и применения на практике.

Литература

1. Гренлюнд Э., Оганесян Н. Танцевальная терапия: теория, методика, практика. – СПб. : Речь, 2004. – 285 с.
2. Оганесян Н.Ю., Толошинова Д.Ю., Риковская В.Б. Телесный анализ в танцевальной психотерапии больных шизофренией как метод диагностики психических состояний // Актуальные проблемы военной психиатрии : материалы всерос. науч.-практ. конф. – СПб. : ВМедА, 2011. – С. 178.
3. Оганесян Н.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Взаимовлияние психических процессов в системной танцевальной психотерапии больных шизофренией // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2010. – Вып. 3 – С. 196–203.
4. Koch S.C. The joy dance. Effects of a single dance intervention on patients with depression // The Arts in Psychotherapy. – 2007. – N 34. – P. 340–349.
5. Berrol C.F. Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy // The Arts in Psychotherapy. – 2006. – N 33. – P. 302–315.
6. Winters A.F. Emotion, embodiment and mirror neurons in dance/movement therapy: A connection across disciplines // American Journal of Dance Therapy. – 2008. – N 30. – P. 84–105.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 05.06.2016

Для цитирования. Бабаева Е.Г., Оганесян Н.Ю. Танцевально-двигательная психотерапия невротических расстройств в условиях дневного стационара // Вестн. психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 39–50.

DANCE MOVEMENT PSYCHOTHERAPY OF NEUROTIC DISORDERS AT A DAY PATIENT DEPARTMENT

Babaeva E.G.¹, Oganesyanyan N.Y.²

¹Saint-Petersburg City mental Hospital N 6

(Russia, Saint-Petersburg, Kolpino, Ave. Lenina, 1/5);

²Saint-Petersburg City Clinical Psychiatric Hospital N 7

(Russia, Saint-Petersburg, 15 Liniya, 4/6).

Ekaterina Gennad'evna Babaeva – medical psychologist Saint-Petersburg City mental Hospital N 6 (Russia, 196653, Saint-Petersburg, Kolpino, Ave. Lenina, 1/5), e-mail: k-a-t-t-y@yandex.ru;

Nataliya Yur'evna Oganessian – PhD Psychol. Sci., medical psychologist Saint-Petersburg City Clinical Psychiatric Hospital N 7 (Russia, 199034, Saint-Petersburg, 15 Liniya, 4/6), e-mail: anais_og@rambler.ru.

Abstract. Presents the results of psycho-correction work with patients with neurotic disorders in the outpatient setting with the use of dance / movement psychotherapy. Psychotherapy groups of patients was focused on the expansion and improvement of communication skills, regression of role templates, an active expression of suppressed feelings, conflict, improve the functions of self-control, control of their bodies. Analysed work in a psychotherapeutic group of patients with neurotic disorders, consisting of 9 people on an outpatient basis, has modified the structure and description of dance therapy sessions.

Keywords: clinical (medical) psychology, outpatient psychotherapy, dance movement psychotherapy, neurotic disorder.

References

1. Grenlyund E., Oganessian N. *Tantseval'naya terapiya: teoriya, metodika, praktika* [Dance therapy: Theory, method, practice]. Sankt-Peterurg. 2004. 285p. (In Russ.)

2. Oganessian N.Yu., Toloshinova D.Yu., Rikovskaya V.B. Telesnyi analiz v tantseval'noi psikhoterapii bol'nykh shizofreniei kak metod diagnostiki psikhicheskikh sostoyanii [Corporal Ana Liz in dance psychotherapy patients with schizophrenia as a method for the diagnostics of mental States]. *Aktual'nye problemy voennoi psikhiatrii* : Scientific. Conf. Proceedings [Actual problems of the military psychiatrist]. Sankt-Peterurg. 2011. P. 178. (In Russ.)

3. Oganessian N.Yu., Eidemiller E.G. Vzaimovliyanie psikhicheskikh protsessov v sistemnoi tantseval'noi psikhoterapii bol'nykh shizofreniei [Mutual influence of psychic processes in systemic dance psychotherapy of schizophrenic patients]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya. 12 Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2010. Issue. 3. Pp. 196–203. (In Russ.)

4. Koch S.C. The joy dance. Effects of a single dance intervention on patients with depression. *The Arts in Psychotherapy*. 2007. N 34. Pp. 340–349.

5. Berrol C.F. Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*. 2006. N 33. Pp. 302–315.

6. Winters A.F. Emotion, embodiment and mirror neurons in dance/movement therapy: A connection across disciplines. *American Journal of Dance Therapy*. 2008. N 30. Pp. 84–105.

Received 05.06.2016

For citing. Babaeva E.G., Oganessian N.Y. Tantseval'no-dvigatel'naya psikhoterapiya nevroticheskikh rasstroystv v usloviyakh dnevnoho statsionara. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 64. Pp. 39–50. (In Russ)

Babaeva E.G., Oganessian N.Y. Dance movement psychotherapy of neurotic disorders at a day patient department. *Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 64. Pp. 39–50.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ ПРИ ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

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

Представлены результаты обследования 85 пациентов мужского пола, средний возраст которых составил $(38,0 \pm 4,6)$ года, с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией (ишемической болезни сердца в сочетании с гипертонической болезнью II стадии), протекающей на фоне тревожно-депрессивных расстройств. Установлено, что у больных с полиморбидной патологией имеет место развитие синдрома взаимного отягощения, характеризующегося значительными нарушениями в функционировании центральной нервной (депрессивность, тревожность и стресс-опосредованные реакции), вегетативной нервной (автономное возбуждение, симпатикотония) и сердечно-сосудистой (более продолжительные ишемические приступы, стойкая артериальная гипертензия) системах по сравнению с больными с монопатологией.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, полиморбидная патология, сердечно-сосудистые болезни, депрессия, тревожность, вегетативная регуляция, суточное мониторирование.

Введение

В последние десятилетия врачу часто приходится встречать больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ) в коморбидности с астено-невротическим компонентом, тревожными и депрессивными проявлениями, что является известным в клинической практике фактом [2, 8]. Коморбидность ИБС и ГБ между собой, а также с расстройствами тревожно-депрессивного спектра увеличивает риск развития осложнений основного заболевания и отягощает прогноз [4, 9]. Прямое патофизиологическое воздействие тревожно-депрессивных расстройств на сердечно-сосудистую систему способствует нарушениям основных регуляторных процессов и развитию опасных для жизни клинических проявлений ИБС и ГБ (острый инфаркт миокарда, инсульт) [1, 7]. При этом частота встречаемости осложнений у таких больных со стороны сердечно-

Герцев Алексей Владимирович – канд. мед. наук, слушатель ординатуры фак. руководящего мед. состава Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: starcom50@mail.ru.

сосудистой системы в несколько раз выше при коморбидности с другими заболеваниями органов и систем, чем при монопатологии, что обусловлено формированием у них феномена взаимного отягощения [3, 4].

Во врачебной практике встречаются случаи, когда вторая болезнь оказывается лишь маловероятным симптомом основного заболевания, что ведет к трудностям и ошибкам диагностики, выбора адекватного и безопасного лечения [5, 6]. Это требует нового подхода к изучению патогенеза и диагностики заболеваний системы кровообращения в коморбидности с патологией других органов и систем.

Цель исследования – изучение феномена взаимного отягощения при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии, протекающей на фоне тревожно-депрессивных расстройств.

Материал и методы

Провели клиническое обследование 85 больных (мужчин) в возрасте от 35 до 45 лет, средний возраст – $(38,0 \pm 4,6)$ лет. У обследуемых имелись ИБС (I20 по МКБ-10) и ГБ II стадии (I10 по МКБ-10) в коморбидности с тревожно-депрессивными расстройствами (F41.2 по МКБ-10). Длительность наблюдения за больными была $(24,0 \pm 8,4)$ сут.

Исследования проводили в клинике военно-морской и госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и городской больнице № 32 (Санкт-Петербург).

Для решения задач сформировали группы больных в коморбидности с тревожно-депрессивными нарушениями:

1-я ($n = 40$) – пациенты с ИБС и ГБ II стадии;

2-я ($n = 20$) – больные с ИБС;

3-я ($n = 25$) – больные с ГБ II стадии.

С целью исследования синдрома взаимного отягощения в группах обследуемых изучили состояние центральной нервной системы (ЦНС) и вегетативной нервной системы (ВНС). Состояние сердечно-сосудистой системы исследовали посредством суточного мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ) и артериального давления (АД).

Использовали данные психологического и психофизиологического тестирования:

– показатели шкал стандартизированного метода исследования личности (СМИЛ), являющегося адаптивным вариантом Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММПИ): HS (ипохондрическая фиксация), D (склонность к депрессивным реакциям), NY (склонность к

истероидным реакциям), PD (психопатические отклонения), PA (склонность к паранояльным реакциям), PT (склонность к психоастеническим реакциям);

– показатели теста Люшера: ЛрСТР (наличие стрессового состояния), ЛрТР (тревожность), Лр85 (концентричность/эксцентричность) и ЛрВНС (вегетативный индекс, характеризующий баланс вегетативной нервной системы). Преобладание тонуса симпатической нервной системы характеризовали как мобилизацию всех функций органов и систем, подготовку к активной защите. Тонус парасимпатической нервной системы – как работу организма, направленную на отдых, восстановление сил, сбережение ресурсов.

Для проведения суточного мониторирования ЭКГ у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией применяли стандартное расположение электродов на грудной клетке с целью получения модифицированных грудных отведений V_1 и V_5 . Последующий анализ результатов позволял выявлять характер нарушений ритма и проводимости, транзиторное снижение сегмента S-T, суточную циркадность показателей variability ритма сердца. Оценивали показатели: количество, продолжительность болевых и безболевых приступов стенокардии, глубину депрессии сегмента S-T, ЧСС в начале ишемических эпизодов. Ишемическими изменениями ЭКГ считали горизонтальную или косовосходящую депрессию сегмента S-T на 1,0–1,5 мм и более, подъем S-T-сегмента на 2 мм, а также переходящую инверсию зубца Т.

При суточном мониторировании АД вычислялось среднее систолическое и диастолическое АД за день, за ночь и за сутки. Производился расчет индекса времени (ИВ – процент значений, превышающих 140 мм рт. ст. для систолического и 90 – для диастолического АД днем и 120 мм рт. ст. для систолического и 80 – для диастолического ночью). Для определения типа суточного профиля АД высчитывался суточный индекс (СуТИ) по формуле:

$$\text{СуТИ} = \text{АДср.дн.} - \text{АДср.н.} / \text{АДср.дн.},$$

где: СуТИ – суточный индекс (%);

АДср.дн. – артериальное давление среднее за день (мм рт. ст.);

АДср.н. – артериальное давление среднее за ночь (мм рт. ст.).

Рассматривали следующие варианты суточного профиля АД: dipper – характерно адекватное снижение АД (СуТИ = 10–25 %), non-dipper – недостаточное снижение АД (СуТИ < 10 %), over-dipper – чрезмерное снижение АД (СуТИ > 25 %) и night peaker, при котором ночные показатели АД

были выше дневных, а СуТИ приобретает отрицательные значения.

При сравнении статистически достоверных качественных и количественных парных корреляционных связей в группах обследуемых использовали показатели, характеризующие функционирование ЦНС (значения по шкалам D, HS, NY (невротическая триада) опросника СМИЛ, показатели ЛрСТР и ЛрТР, ЛрВНС) и состояние сердечно-сосудистой системы при ИБС и ГБ (значения болевых и безболевых эпизодов стенокардии (количество раз за сутки) при суточном мониторинге ЭКГ, среднесуточного САД и ДАД).

Математическую обработку данных исследования осуществили на IBM-совместимом персональном компьютере. Электронную базу данных создали в программной среде Microsoft Excel 2003–2007, статистический анализ выполнили с помощью пакета прикладных программ Statistica for Windows. 6.0 (StatSoft, США). Предварительно оценивали соответствие исследуемых выборок закону нормального распределения. Определяли среднее арифметическое и его стандартное отклонение ($M \pm SD$), 95%-доверительный интервал для среднего ($M \pm m$). Кроме того, провели оценку качественных и количественных парных корреляционных связей между основными показателями, характеризующими функционирование ЦНС, ВНС и сердечно-сосудистой системы у пациентов с полиморбидной патологией.

Результаты и их обсуждение

Психический и психофизиологический статус. Изученные индивидуально-личностные особенности с помощью теста СМИЛ показали (табл. 1), что у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией имело место более значимое повышение значений по шкалам невротической триады D, HS, NY, а также шкал PD, PA и Pt, что свидетельствует о более высоком депрессивном состоянии у этих больных по сравнению с пациентами с монопатологией.

По данным теста Люшера, наиболее значимые различия от больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией наблюдались по показателям вегетативного индекса, стрессового состояния и тревожности, концентричности/эксцентричности и отклонения от общей нормы – для больных ИБС и ГБ.

Можно заключить, что для больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией имеют место более высокие показатели тревожно-

сти, стрессового состояния, неустойчивости вегетативной регуляции и значимые отклонения от общей нормы, чем у больных с монопатологией.

Таблица 1

Показатели психического и психофизиологического статуса при моно- и полиморбидной сердечно-сосудистой патологии (M ± SD)

Показатель	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Шкала СМИЛ, Т-балл				1/2 – 0,00; 1/3 – 0,00
D	78,5 ± 5,6	71,1 ± 3,9	70,1 ± 3,4	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
HS	72,8 ± 8,9	63,6 ± 1,9	64,2 ± 2,1	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
HУ	70,5 ± 7,3	62,2 ± 4,1	60,2 ± 5,3	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
PD	71,8 ± 8,9	60,3 ± 8,3	61,3 ± 5,2	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
РА	73,8 ± 8,1	65,6 ± 3,1	63,6 ± 6,1	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
Pt	72,4 ± 7,2	66,3 ± 2,5	64,2 ± 2,2	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
Тест Люшера, ед.				
ЛрВНС	2,9 ± 0,9	1,2 ± 0,4	1,0 ± 0,5	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
ЛрСТР	14,2 ± 0,6	7,9 ± 1,4	8,6 ± 1,3	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
ЛрТР	6,4 ± 0,2	3,5 ± 0,7	3,2 ± 0,4	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
Лр85	0,3 ± 0,1	1,0 ± 0,4	2,0 ± 0,5	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05
отклонение от нормы	17,3 ± 0,3	14,0 ± 2,1	15,0 ± 0,8	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05

Функционирование сердечно-сосудистой системы. После проведения суточного мониторирования ЭКГ и АД при моно- и полиморбидной сердечно-сосудистой патологии в группах обследуемых, были получены следующие результаты (табл. 2, 3):

– у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией количество болевых и безболевых эпизодов стенокардии при физических нагрузках (ходьба более 500 м, подъеме на 2-й этаж) значимо превышали таковые показатели у больных с монопатологией при ИБС;

– продолжительность болевых и безболевых эпизодов стенокардии при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии также значимо превышали таковые показатели больных с монопатологией (см. табл. 2);

– показатели среднесуточного САД и ДАД у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией значимо превышали таковые показатели больных с монопатологией при ГБ II стадии (см. табл. 3);

– показатели САД и ДАД днем и ночью у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией также статистически значимо превышали таковые показатели больных с монопатологией (см. табл. 3).

Таблица 2

Показатели суточного мониторинга ЭКГ при моно- и полиморбидной сердечно-сосудистой патологии (M ± SD)

Показатели суточных эпизодов стенокардии	1-я группа	2-я группа	p <
Количество приступов стенокардии, раз/сут			
безболевые	2,7 ± 1,2	1,4 ± 0,8	0,05
болевые	4,4 ± 1,7	2,1 ± 1,2	0,05
Продолжительность, мин			
безболевые	9,2 ± 2,1	6,1 ± 2,0	0,01
болевые	5,6 ± 1,4	3,2 ± 1,1	0,05
Глубина снижения зубца S-T, мм			
при безболевым эпизоде	2,3 ± 0,3	2,2 ± 0,4	
при болевом приступе	2,2 ± 0,4	2,1 ± 0,2	
Средняя ЧСС в начале эпизодов, уд/мин			
безболевые	106,3 ± 1,4	108,1 ± 2,2	
болевые	118 ± 3,2	115,2 ± 2,1	

При анализе суточного профиля АД выявлено, что у 26 % больных 1-й группы наблюдалось адекватное снижение САД в ночные часы – вариант *dipper*, у 56 % выявлялся тип суточного профиля *non-dipper*, а у 18 % пациентов было обнаружено чрезмерное снижение САД ночью – *over-dipper*. В 3-й группе больных с монопатологией (ГБ) суточный профиль систолического АД в 68 % соответствовал варианту «*dipper*», в 32 % случаев регистрировалось недостаточное снижение САД ночью. При этом различия частоты встречаемости рассматриваемых вариантов суточного профиля АД у больных с полиморбидной и моно сердечно-сосудистой патологией оказались статистически значимыми (см. табл. 3).

При анализе динамики ДАД у пациентов 1-й группы было обнаружено, что преобладающим у этой категории лиц являлся вариант *dipper* (52 %). У 33 % обследуемых выявлялся тип суточного профиля *non-dipper*, у 15 % – *over-dipper*. В 3-й группе больных также превалировал вариант ДАД *dipper*, однако его доля оказалась существенно больше, чем у пациентов 1-й группы (82 %). В 18 % случаев был выявлен тип суточного профиля ДАД *over-dipper*. Установлено, что различия частоты встречаемости

всех типов суточного профиля АД, за исключением over-dipper, в рассматриваемых группах достоверны (см. табл. 3).

Таблица 3

Показатели суточного мониторинга АД при моно- и полиморбидной сердечно-сосудистой патологии (M ± SD)

Показатели АД, мм рт. ст.	1-я группа	3-я группа	p <
Суточное САД	158,1 ± 7,6	148,2 ± 7,4	0,05
Суточное ДАД	98,7 ± 8,2	88,4 ± 9,2	0,05
Дневное САД	162,7 ± 8,8	152,3 ± 7,1	0,05
Дневное ДАД	104,5 ± 11,4	90,7 ± 8,4	0,05
Ночное САД	141,5 ± 4,5	129,5 ± 7,5	0,05
Ночное ДАД	88,6 ± 10,2	77,6 ± 8,3	0,05
СутИ САД, %	12,9 ± 1,2	15,1 ± 0,5	
СутИ ДАД, %	14,8 ± 1,1	14,4 ± 1,2	
Варианты суточного профиля САД, %			
dipper	26	68	0,05
non-dipper	56	32	0,05
over-dipper	18	–	
night peaker	–	–	
Варианты суточного профиля ДАД, %			
dipper	52	82	0,05
non-dipper	33	–	
over-dipper	15	18	0,05
night peaker	–	–	

Из представленных данных следует, что среди пациентов с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией недостаточное снижение САД в ночные часы (вариант non-dipper) наблюдалось более чем у половины обследуемых, что свидетельствует о более тяжелом течении ГБ у этих больных. При этом у пациентов с изолированным течением ГБ число случаев стабильного снижения САД в ночной период (вариант dipper) в 2,0–2,5 раза выше, чем аналогичные показатели у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией. Кроме того в этой группе пациентов практически во всех случаях имела место нормализация показателей ДАД на уровне оптимально-нормальных значений (в пределах 75-84 мм.рт.ст.) по обоим вариантам суточного профиля АД (dipper, non-dipper) при полиморбидном течении ИБС и ГБ (стойкая артериальная гипертензия).

Взаимосвязи показателей функционирования ЦНС, ВНС и клинических проявлений ИБС при моно- и полиморбидном течении представлены в табл. 4. Отмечается однонаправленность корреляционных показателей при моно- и полиморбидном течении ИБС.

Таблица 4

Корреляционные связи показателей функционирования ЦНС, ВНС и характера клинических проявлений ИБС при моно- и полиморбидном течении

Показатели психологического и психофизиологического статуса	Эпизоды стенокардии при суточном мониторинговании ЭКГ, раз/сут			
	болевые		безболевые	
	Группа			
	1-я	2-я	1-я	2-я
Шкала СМИЛ				
D		0,64; p < 0,01		0,56; p < 0,01
HS	0,42; p < 0,01	0,68; p < 0,01	0,42; p < 0,05	0,66; p < 0,01
HУ	0,52; p < 0,05	0,76; p < 0,01	0,56; p < 0,01	0,76; p < 0,01
Тест Люшера, ед.				
ЛрВНС		0,73; p < 0,01		0,71; p < 0,01
ЛрСТР	0,44; p < 0,01	0,68; p < 0,01	0,56; p < 0,01	0,67; p < 0,01
ЛрТР	0,48; p < 0,05	0,56; p < 0,01	0,66; p < 0,01	0,66; p < 0,01

У больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией (1-я группа) прямые корреляционные связи умеренной силы между количеством болевых и безболевых эпизодов стенокардии и значениями показателя по шкалам HУ и HS опросника СМИЛ, тревожностью и стрессовым состоянием по тесту Люшера свидетельствуют о слабой центральной регуляции сердечно-сосудистой системы и неблагоприятном течении ИБС при полиморбидной патологии. В первую очередь это обусловлено высоким уровнем тревожности, стрессовым состоянием, стойкой депрессивностью и значимыми нарушениями в функционировании сердечно-сосудистой системы по данным суточного мониторингования ЭКГ у больных с полиморбидной патологией. Кроме того, отсутствие взаимосвязей между тонусом ВНС и проявлениями ИБС характеризует нарушения вегетативного обеспечения функционирования сердечно-сосудистой системы при полиморбидной патологии.

У больных 2-й группы были установлены прямые сильные и умеренные связи между количеством болевых и безболевых эпизодов стенокардии и значениями показателей по шкалам D, HУ, HS по тестам СМИЛ, показателями тревожности, стрессового состояния и вегетативной регуляции

по Люшеру, что свидетельствует о более стойких механизмах центральной регуляции и вегетативного обеспечения функций сердечно-сосудистой системы при монопатологии, чем при полиморбидном течении ИБС и ГБ.

Взаимосвязи показателей функционирования ЦНС, ВНС и клинических проявлений ГБ при моно- и полиморбидном течении представлены в табл. 5. Отмечается однонаправленность корреляционных связей показателей при моно- и полиморбидном течении ГБ.

Таблица 5
Корреляционные связи показателей функционирования ЦНС, ВНС и характера клинических проявлений ГБ при моно- и полиморбидном течении

Показатели психологического и психофизиологического статуса	Среднесуточные показатели САД и ДАД			
	САД		ДАД	
	Группа			
	1-я	2-я	1-я	2-я
Шкала СМИЛ				
D	0,48; p < 0,01	0,69; p < 0,01	0,62; p < 0,01	0,62; p < 0,01
HS	0,46; p < 0,01	0,72; p < 0,01	0,56; p < 0,01	0,66; p < 0,01
HУ	0,56; p < 0,01	0,76; p < 0,01	0,58; p < 0,01	0,71; p < 0,01
Тест Люшера, ед.				
ЛрВНС	–	0,71; p < 0,01	–	0,73; p < 0,01
ЛрСТР	0,64; p < 0,01	0,56; p < 0,01	0,67; p < 0,01	0,67; p < 0,01
ЛрТР	0,56; p < 0,01	0,62; p < 0,01	0,66; p < 0,01	0,58; p < 0,01

У больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией (1-я группа) прямые корреляционные связи умеренной силы между среднесуточным уровнем САД и ДАД и значениями показателей по шкалам D, HУ, HS теста СМИЛ, тревожностью и стрессовым состоянием по тесту Люшера свидетельствуют о слабой центральной регуляции АД и неблагоприятном течении ГБ при полиморбидной патологии. В первую очередь это обусловлено высоким уровнем тревожности, стрессовым состоянием, стойкой депрессивностью и значимыми нарушениями в функционировании сердечно-сосудистой системы по данным суточного мониторинга АД. Кроме того, отсутствие взаимосвязей между тонусом ВНС и уровнем АД характеризует нарушения вегетативного обеспечения функционирования сердечно-сосудистой системы при полиморбидной патологии.

У больных 3-й группы были установлены прямые сильные и умеренные взаимосвязи между среднесуточным уровнем САД и ДАД и значениями

ми показателей по шкалам D, NY, NS теста СМИЛ, показателями тревожности, стрессового состояния и вегетативной регуляции по Люшеру, что свидетельствует о более стойких механизмах центральной регуляции и вегетативного обеспечения функций сердечно-сосудистой системы при монопатологии, чем при полиморбидном течении ИБС и ГБ.

Таким образом, выявлены различия в регуляторном портрете, маркируемом корреляционными связями показателей, характеризующих состояние ЦНС, ВНС и клинические проявления ИБС и ГБ при полиморбидном и моно течении.

Выводы

1. У больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией имеют место более значимые нарушения процессов центральной и вегетативной регуляции по сравнению с группой пациентов с монопатологией.

2. При полиморбидном течении ишемической болезни сердца и гипертонической болезни у пациентов отмечается большее количество болевых и безболевых приступов стенокардии, которые по продолжительности становились длительнее и провоцировались меньшими физическими нагрузками, чем у больных с монопатологией. Кроме того, при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии выявлены более высокие показатели систолического и диастолического артериального давления в среднем за сутки, в дневной и ночной периоды, чем у больных с монопатологией.

3. Полученные данные оценки качественных и количественных характеристик парных корреляционных связей показателей, отражающих функционирование центральной нервной системы, вегетативной нервной системы и клинические проявления ишемической болезни сердца и гипертонической болезни, позволяют объективизировать синдром взаимного отягощения при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии.

Литература

1. Васина Л.В. Маркеры апоптоза и дисфункция эндотелия при остром коронарном синдроме // Регион. кровообращение и микроциркуляция. – 2004. – № 4 (12). – С. 5–10.

2. Васюк Ю.А., Довженко Т.В. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний // Психич. расстройства в общ. медицине. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 1–11.

3. Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Краснов В.Н. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при ССЗ // Соц. и клинич. психиатрия. – 2011. – № 4. С. 5–13.

4. Парцерняк С.А. Интегративная медицина: путь от идеологии к методологии здравоохранения – СПб. : Нордмедиздат, 2007. – 424 с.

5. Полякова Е.О. Пограничные психические расстройства в кардиологической практике: проблемы диагностики и лечения // Кардиологич. вестн. – 2006. – Т. 1, № 2. – С. 51–58.

6. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.

7. Степанова Е.А. Депрессии при ишемической болезни сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.

8. Junger J. Depression increasingly predict mortality in the course of congestive heart failure // Eur. J. Heart Fail. – 2005. – Vol. 7, N 2. – P. 261–267.

9. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure // Gen Hosp Psychiat. – 1998. – Vol. 20. – P. 29–43.

10. Cardoso G. Heart failure and depression: an association with clinical importance // Rev. Port. Cardiol. – 2008. – Vol. 27, N 1 – P. 91–109.

11. Hoptman M.J. Structural neuroimaging research methods in geriatric depression // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2006. – Vol. 14, N 10. – P. 812–822.

12. Sayers S.L. Social support and self-care of patients with heart failure // Ann. Behav. Med. 2008. – Vol. 35, N 1. – P. 70–79.

Поступила 22.07.2016

Для цитирования. Герцев А.В. Особенности синдрома взаимного отягощения при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии, протекающей на фоне тревожно-депрессивных расстройств // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 59 (64). – С. 51–63.

SYNDROME OF MUTUAL BURDENING IN THE COMBINED CARDIOVASCULAR PATHOLOGY, PROCEEDING WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS

Gertsev A.V.

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

Gertsev Alexei Vladimirovich – PhD Med. Sci, the listener of internship faculty the leading medical structure of Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: starcom50@mail.ru.

Abstract. The research work presents some results of study 85 male patients with a mean age of $(38,0 \pm 4,6)$ years with combined cardiovascular pathology (ischemic heart failure with hypertensive disease stage II) proceeding with disorders anxious and depressed. The authors conclude that at patients with combined cardiovascular pathology it is formed syndrome of mutual burdening which characterized by considerable violations in functioning central nervous system (depressiveness, uneasi-

ness and stress), vegetative nervous system (autonomic arousal, sympathicotonia) and cardiovascular system (long ischemic attacks, stable arterial hypertension) compared with monopathology patients.

Keywords: clinical (medical) psychology, combined cardiovascular pathology, depression, vegetative regulation, daily monitoring.

References

1. Vasina L.V. Markeri apozoya I disfunkcia endoteliy pri ostrom koronarnom syndrome [Markers of endothelial dysfunction and apoptosis in acute coronary syndrome]. *Regionarnoe krovoobrashenie I mikricirkulaciy* [Regional circulation and microcirculation]. 2004. N 4. Pp. 5–10.
2. Vasuk U.A. Dovgenko T.V. Osobennosti patogeneticheskoi vsaimosvysi depressii I serdechno-sosudistih zabolevanii [Features pathogenetic relationship of depression and cardiovascular disease]. *Psihicheskie rasstroistva v obshei medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2007. N 1. Pp. 1–11.
3. Dovgenko T.V., Semiglazova M.V., Krasnov V.N. Rasstroistva trevognodepressivnogo spectra I sindrom kardialnoi boli pri SSZ [Disorders of anxiety-depression spectrum and cardiac pain syndrome in cardiovascular diseases]. *Socialnaya i klinicheskaya psichiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2011. N 4. Pp. 5–13. (in Russ.).
4. Parcernykh S.A. Integrativnaya medicina: put ot ideologii k metodologii zdorovohraneniy [Integrative Medicine: the path from ideology to the methodology of Health]. Sankt-Peterburg. 2007. 424 p. (In Russ).
5. Poliakova E.O. Pogranichnie psihicheskie rasstroistva v kardiologicheskoi praktike: problem diagnostiki I lechenia [Borderline mental disorders in drug treatment practice: diagnosis and treatment of problems]. *Kardiologicheskii vestnik* [Heart Gazette]. 2006. N 2. Pp. 51–58.
6. Smulevich A.B. Psihicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike [Psychiatric disorders in clinical practice]. Moscow. 2011. 720 p. (In Russ).
7. Stepanova E.A. Depressii pri ishemicheskoi bolezni serdca [Depression in patients with coronary heart disease]. Moscow. 2011. 24 p. (In Russ).
8. Junger J. Depression increasingly predict mortality in the course of congestive heart failure. *Eur. J. Heart Fail.* 2005. Vol. 7, N 2. Pp. 261–267.
9. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen. Hosp. Psychiat.* 1998. Vol. 20. Pp. 29–43.
10. Cardoso G. Heart failure and depression: an association with clinical importance. *Rev. Port. Cardiol.* 2008. Vol. 27, N 1. Pp. 91–109.
11. Hoptman M.J. Structural neuroimaging research methods in geriatric depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006. Vol. 14, N 10. Pp. 812–822.
12. Sayers S.L. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann. Behav. Med.* 2008. Vol. 35, N 1. Pp. 70–79.

Received 22.07.2016

For citing. Gertsev A.V. Osobnosti sindroma vzaimnogo otyagoshcheniya pri polimorbidnoi serdechno-sosudistoi patologii, protekayushchei na fone trevozhno-depressivnykh rasstroystv. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 59. Pp. 51–63. (In Russ.)

Gertsev A.V. Syndrome of mutual burdening in the combined cardiovascular pathology, proceeding with anxiety and depressive disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 59. Pp. 51–63.

УДК 615.851 : [159.9 : 616.89] **В.О. Куликов, Е.Н. Павлюк, Е.С. Курасов**

ГРУППОВАЯ ЛОГОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Городская психиатрическая больница № 6 (стационар с диспансером)
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9);
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Изучено применение групповой логотерапии у 21 больного, находящегося в условиях принудительного лечения общего типа на базе городской психиатрической больницы № 6 (Санкт-Петербург). Средний возраст больных был $(35,8 \pm 11,6)$ года, время нахождения на принудительном лечении после совершения общественно опасных действий – $(2,9 \pm 0,5)$ года. Предложена стратегия ведения групповой психотерапии пациентов, совершивших общественно опасные действия. Проанализированы результаты психодиагностического обследования участников исследования. Показано, что практическое применение концепции логотерапии позволяет эффективно применять ее для пациентов с психическими расстройствами в условиях принудительного лечения, а также обладает необходимыми свойствами профилактики предотвращения повторных общественно опасных действий и стационарных госпитализаций в рамках принудительного лечения.

Куликов Вячеслав Олегович – врач-психиатр, Гор. психиатрич. больница № 6 (стационар с диспансером) (Россия, 192029, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9), e-mail: kulikov.slava@mail.ru;

Павлюк Екатерина Николаевна – клинич. психолог, Гор. психиатрич. больница № 6 (стационар с диспансером) (Россия, 192029, Санкт-Петербург, Наб. Обводного канала, д. 9), e-mail: ekaterinapavlouk@gmail.com;

Курасов Евгений Сергеевич – д-р мед. наук доц., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: doc4678@mail.ru.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, групповая психотерапия, логотерапия, психодиагностика, психически больные, принудительное лечение.

Введение

Профилактика общественно опасных действий (ООД) лиц с психическими расстройствами является одной из главных задач службы психического здоровья [3]. Ряд авторов считает, что в этих целях необходимо организовать специфические лечебно-реабилитационные мероприятия для пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре [1, 7, 11]. Прежде всего это связано с тем, что принудительное лечение является значимым стрессовым фактором для больного, а привлечение к уголовной ответственности требует осмысления и личностной переработки [3]. При проведении лечебно-реабилитационных мероприятий принудительного лечения необходимо определить специфические «мишени» психотерапии, направленные на предупреждение совершения пациентами новых ООД [4]. В последнее время многие исследователи стали применять различные направления психотерапии для пациентов в условиях принудительного лечения в психиатрических стационарах. Так, С.Л. Попова сообщает, что при применении танцевально-двигательной психотерапии отмечаются изменения в мотивационной сфере, снижение тревожных стереотипных движений, возрастает способность к рефлексии и др. [8].

В свою очередь, А.В. Ханько и соавт. предлагают посредством методов рациональной и поведенческой психотерапии формировать у пациентов социально приемлемые формы поведения, ощущение личной ответственности за свое будущее и социальное функционирование [12]. По мнению А.С. Дмитриева и соавт., больной, находящийся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, должен выстроить такую структуру ценностей и личностных смыслов, которые в дальнейшем станут внутренним регулятором поведения и деятельности пациента в социуме [2]. Благодаря логотерапии, за счет исследования ноэтического измерения бытия человека (смысл, свобода воли, выбор, творчество, юмор, совесть, этический кодекс и т. п.), душевнобольной может осознать последствия своего поведения при совершении ООД [6, 10].

Групповая логотерапия находит, расширяет и укрепляет в человеке здоровое, конструктивное и ресурсное, так как фокус внимания ориентирован на системы ценностных ориентаций, личностных смыслов, связанных с отношением пациента к самому себе, имеющемуся заболеванию, ок-

ружающим, перспективам дальнейшей жизни, социальной позиции и активности, что так актуально для больных данного контингента.

В настоящее время исследования по применению групповой логотерапии пациентов, находящихся на принудительном лечении, практически отсутствуют. Таким образом, разработка и применение новых методов психотерапевтической работы с пациентами судебно-психиатрического профиля остается важной научно-практической проблемой.

Цель исследования – оценить результаты использования групповой логотерапии у пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа.

Материал и методы

Обследовали 21 пациента психиатрической больницы № 6 (Санкт-Петербург), находящегося на принудительном лечении общего типа. Возраст участников группы был от 23 до 61 года, средний возраст – (35,8 ± 11,6) года. Время нахождения на принудительном лечении составило от 1 до 8 лет, в среднем – (2,9 ± 0,5) года.

В исследуемой группе 14 (66,7 %) пациентов имели диагноз шизофрении (F 20 по МКБ-10), 1 (4,8 %) – шизотипическое расстройство (F 21), 1 (4,8 %) – хроническое бредовое расстройство (F 22), 1 (4,8 %) – шизоаффективное расстройство (F 25). У 4 (19 %) пациентов диагностированы смешанные и другие расстройства личности (F 61).

12 человек (57,1 %) совершили насильственные ООД: 5 человек – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, 5 человек – убийство и 2 человека – разбой. Ненасильственные ООД совершили 9 человека (42,9 %): 5 – незаконное приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка без цели сбыта наркотических средств и 4 человека – кражи. Повторно совершали правонарушение 8 человек (38,1 %), впервые – 13 человек (61,9 %).

Терапевтические группы имели закрытый тип и проводились с частотой 2 раза/нед. Продолжительность каждой сессии составляла 75 мин, общее число сессий – 15. Группы были гетерогенны по нозологической принадлежности, численностью 7 человек (3 группы). Стиль ведения групповой психотерапии был директивным, но доброжелательным, с уважительным отношением к участникам, их переживаниям, чувствам и поступкам. Ведущими были врач-психотерапевт и клинический психолог (ко-терапевт). У пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании.

На 1-м этапе исследования разработали структуру групповой психотерапии для больных, находящихся на принудительном лечении. Стиль ведения групповой психотерапии базировался на рабочей модели, предложенной И. Яломом [13], которая была адаптирована и включала в себя 5 последовательных фаз:

1) ориентировка и подготовка (5 мин). В этой фазе психотерапевт обеспечивал базовую ориентировку членам группы (место, время, продолжительность сессий и т. п.), цель группы и программу действий, которой она будет следовать;

2) работа над программами (15 мин). В начале групповой психотерапии каждый член группы формулировал личную программу. На последующих сессиях группа старалась выполнить максимальное количество программ за встречу;

3) логотерапевтическая работа (40 мин). В этой фазе группа выполняла специфические задания (упражнения «Иерархия ценностей», групповое обсуждения личностных возможностей т. п.). Основным методом работы на данной фазе – дерефлексия;

4) обсуждение встречи (10 мин). Члены группы и терапевт обменялись впечатлениями от сеанса;

5) завершение встречи (10 мин). В этой фазе терапевт подводил итоги и определял возможные личностные программы, с которыми группа будет работать в следующий раз.

Составление личной программы проходило в 3 этапа. Во-первых, пациент с помощью психотерапевта определял какой-то важный личный аспект, который он хотел изменить. При этом особо отмечалось, что задача должна быть реалистичной, изменяемой и соответствовать целям групповой психотерапии. Во-вторых, пациент формулировал свою проблему в сфере межличностного контекста. В-третьих, член группы трансформировал общую межличностную проблему в рамки ситуации «здесь и сейчас».

Необходимо отметить, что И. Ялом [13] побуждал пациентов составлять новую личностную программу на каждой психотерапевтической встрече. Однако из-за специфической особенности принудительного лечения (длительная госпитализация в психиатрическом стационаре и особенности психической сферы пациентов) ограничились одной личностной программой, которая была актуальна для пациента на протяжении всего курса групповой психотерапии. Такой стратегический подход имел ряд преимуществ: обеспечивал встрече структуру, помогал принять ответст-

венность за использование терапии, формировал чувство самостоятельного выполнения задачи во время психотерапевтического сеанса и т. п.

Необходимо отметить, что на 1-й психотерапевтической встрече слово «правила» групповой психотерапии у 18 пациентов (85,7 %) ассоциировалось с негативными переживаниями (суд, тюрьма и др.). В связи с этим мы заменили это слово на «условия взаимоуважения». Однако содержание основных правил групповой психотерапии оставалось неизменным (приходить вовремя на встречу, говорить только от себя, не проявлять физическое и моральное насилие и т. п.).

Следующий блок групповой психотерапии основывался на том принципе, что если человек чрезмерно склонен к самонаблюдению, рефлексии и анализу причин своих проблем, то он дистанцируется от окружающего мира, искажает восприятие жизни и перестает замечать имеющиеся у него благоприятные возможности. Все это приводило к пассивной жизненной позиции и негативному эмоциональному фону [9].

Чтобы уменьшить чрезмерную концентрацию участников группы на самом себе, своей болезни и последствиях ООД использовали один из основных инструментов логотерапии – дерефлексии. Суть метода заключалась в том, чтобы помочь пациенту «нейтрализовать» чрезмерную замкнутость на себе и своих проблемах с помощью концентрации на позитивных аспектах его существования и имеющихся возможностях. В свою очередь, для достижения большего эффекта от метода дерефлексии использовали психологические техники, которые позволяли «почувствовать» позитивные стороны своей личности. Например, каждый пациент писал на листке 3 положительных качества каждого участника группы. В дальнейшем члены группы по очереди садились на стул, спиной к группе, а остальные пациенты медленно зачитывали содержимое своих листков. При этом метод дерефлексии не был направлен на игнорирование проблем пациентов. Ведущие не призывали участников группы к избеганию трудностей, а побуждали переживать свою жизнь как постоянное усилие по актуализации собственных ценностей.

Общеизвестным является факт того, что ценность определяет способ осмысления жизнедеятельности человека. В свою очередь, переживание смысла ситуации дает человеку ощущения реальности, то есть помогает «чувствовать себя живым» [8]. В связи с этим в ходе групповой психотерапии производили ценностный анализ, который основывался на поиске актуальных ценностей каждого участника группы, не реализованных в их жизни. В дидактической форме пациенты получали информацию о 3 видах

ценностей: творчества, переживания и отношения. В дальнейшем с помощью вопросов внимание пациентов акцентировали на той ценности, которую необходимо было «почувствовать», а не рационализировать. При этом находили те из них, которые можно было реализовать как в стационарной, так и в социальной среде.

Цель ценностного анализа достигали с помощью упражнения «Иерархия ценностей». Участники группы на листочках писали несколько ответов на вопрос: «Если бы мне не нужно было работать, зарабатывать деньги, то чем бы я занимался?». Потом, с помощью ведущего группы, пациенты классифицировали свои ответы по указанным группам ценностей. В дальнейшем каждый участник группы старался почувствовать, какой из ответов (группа ценностей) наиболее реалистичен в выполнении возможности (критерий – внутреннее желание «Я хочу и могу»). В заключение каждый участник получал обратную связь от остальных членов группы по поводу выполнения этого упражнения.

Необходимо отметить, что на протяжении всей динамики групповой психотерапии, терапевт/ко-терапевт ориентировали пациентов на поиск решения проблемы и укрепления позитивных сторон своей личности. Так, каждая личная программа обсуждалась в групповом формате, и терапевт чаще задавал вопросы «Зачем?», «Каким образом?», чем «Почему?». В то же время, ведущие старались рассмотреть личные программы через «призму» нозтического измерения бытия. Такая стратегия ведения психотерапии позволяла укрепить ресурсные стороны личности, уменьшить риск развития самостигматизации, повторного совершения ООД и увеличения адаптивных механизмов в социуме.

Для объективизации результатов исследования использовали шкалу самооценки тревожности Спилбергера–Ханина (1985) и тест смыслозначенных ориентаций – СЖО (Леонтьев Д.А., 1992) [5], которые испытуемые заполняли до и после проведения курса групповой психотерапии.

Статистическую обработку результатов исследований выполнили с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel XP». Среднегрупповые значения, дисперсия результатов исследований, минимальные и максимальные значения показателей, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, значимые различия количественных показателей зависимых выборок (критерию Вилкоксона) вычисляли в процедуре «Basic Statistics» программы «Statistica 7.0 for Windows». Полученные количественные признаки представили в виде $M \pm m$, где M – среднее значение признака, m – стандартная ошибка средней величины.

Результаты и их анализ

Известно, что ощущения бессмысленности своего существования сопровождается чувством тревоги [14]. Исследование показало, что при проведении групповой логотерапии статистически значимых различий между показателями ситуационной и личностной тревожности не выявлено ($p > 0,05$). В то же время, отмечается тенденция к снижению показателей тревожности в ходе психотерапии (таблица).

Психологические показатели при проведении групповой логотерапии,
($M \pm m$) балл

Субшкала	Диапазон нормативных показателей	Групповая логотерапия	
		до	после
Ситуационная тревожность	низкая (до 30) умеренная (31–44) высокая (45 и более)	35,8 ± 1,95	33,4 ± 2,21
Личностная тревожность		44,5 ± 1,54	43,5 ± 1,58
Опросник СЖО			
цель в жизни	32,9 ± 5,9	30,9 ± 1,8	32,4 ± 1,9
процесс жизни	31,1 ± 4,4	28,1 ± 1,9	29,6 ± 2,0
результативность жизни	25,5 ± 4,3	24,3 ± 1,4	25,1 ± 1,5
локус контроля – Я	21,1 ± 3,9	19,8 ± 1,4	20,9 ± 1,6
локус контроля – жизнь	30,1 ± 5,8	26,7 ± 1,6	27,4 ± 1,6
осмысленность жизни (общая оценка)	103,1 ± 15,0	95,3 ± 5,6	98,5 ± 5,7

Полученные результаты с помощью опросника СЖО (см. таблицу) показали, что статистически значимых различий между показателями также не было ($p > 0,05$). Возможно, это было связано с непродолжительностью проведения психотерапевтических сессий.

Однако отмечается положительная тенденция увеличения показателей опросника в ходе исследования. В то же время, при исследовании динамики некоторых личностных характеристик (субшкалы опросника) были выявлены существенные изменения у пациентов логотерапевтической группы. Так, происходит появление и осознание жизненных целей, которые придают жизни осмысленность и направленность, а также временную перспективу. При этом восприятие жизни пациента приобретает оттенок эмоциональной насыщенности, где основной вектор реализации этого процесса – смысл. Происходит также переориентация отношения к прожитой части жизни у участников группы в виде понимания причин своего поведения при совершении ООД. В свою очередь, возникает представление о

себе как о сильной личности, которая имеет свободный выбор, несмотря на нахождение в закрытом лечебном учреждении.

Исследования показали, что тревожность (ситуационная и личностная) и осмысленность жизни имели умеренную отрицательную корреляционную взаимосвязь ($r = -0,56$ и $r = -0,72$ соответственно при $p < 0,05$). Это говорит о том, что применение техник логотерапии, а также акцент на поиск ценностей и смысла позволяют уменьшить уровень тревожности у пациентов, совершивших ООД.

Необходимо отметить, что после прохождения курса групповой логотерапии у пациентов появились убеждения в том, что они обладают ответственностью и могут самостоятельно контролировать свою жизнь, а также свободно принимать решения и воплощать их в социально приемлемом поведении.

Заключение

Проведенное исследование показало, что применение групповой логотерапии пациентов в условиях принудительного лечения общего типа помогает на уровне тенденций уменьшить тревожность (ситуационную, личностную), сфокусироваться на ценности собственной жизни, найти смысл своего существования, узнать и понять причины своего поведения, а также уменьшить вероятность повторного совершения общественно опасных действий.

Стратегическая организация групповой психотерапии для данного контингента больных, основанная на принципах логотерапии, позволила наметить положительную тенденцию в сторону повышения показателей по опроснику смысловых ориентаций (Леонтьев Д.А., 1992) даже за короткий курс групповой логотерапии. Однако для эффективного использования возможностей логотерапии более перспективным представляется большее количество психотерапевтических встреч, что позволит усилить и укрепить нозтический уровень бытия пациентов. В то же время, применение «инструментов» логотерапии поможет психотерапевту создать необходимый психотерапевтический климат для больных, находящихся на принудительном лечении, чтобы предотвратить повторные госпитализации и общественно опасные действия.

Таким образом, для того, чтобы значительно улучшить функциональную организацию центральных личностных функций у пациентов, совершивших общественно опасные действия, необходимы дальнейшие кли-

нические исследования интенсивности и длительности психотерапевтического воздействия в условиях принудительного лечения.

Литература

1. Бабин С.М. Психотерапия психозов : практ. руководство. – СПб. : СпецЛит. – 2012. – 335 с.
2. Дмитриев А.С., Морозова М.В., Савина О.Ф., Винникова И.Н. Выписка со стационарного принудительного лечения как стрессовый фактор и пути его преодоления (психологический аспект) // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 4–9.
3. Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые статистические показатели деятельности по профилактике опасных действий психических больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 11–14.
4. Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Критерии и обоснование дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия : метод. рекомендации. – М. : ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2013. – 24 с.
5. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
6. Нюхалов Г.А., Бабин С.М. Групповая психотерапия экзистенциальной направленности в системе лечения и реабилитация пациентов с эндогенными расстройствами (сообщение первое) // Вестн. психотерапии. – 2006 – № 15. – С. 36–46.
7. Панков В.А., Кишка Т.Н., Отмахов А.П. Опыт организации отделения для принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа // Проблемные вопросы теории и практики принудительного лечения : сб. ст. и тез. межрегион. науч.-практ. конф. – СПб. : Альта Астра, 2015. – С. 38–41.
8. Попова С.Л. Танцевально-двигательная терапия в условия отделения специализированного типа // Проблемные вопросы теории и практики принудительного лечения : сб. ст. и тез. межрегион. науч.-практ. конф. – СПб. : Альта Астра, 2015. – С. 43–46.
9. Ревушкина М.Б. Представление о ценностях в учении В. Франкла // Вестник Томского гос. ун-та. Сер. Философия. Социология. Политология. – 2015. – № 2 (30). – С. 145–153.
10. Титов А.В., Титова Ж.Г. Логотерапия в групповом формате: группы дерефлексии // Человек. Искусство. Вселенная : сб. ст. и тез. междунар. науч.-практ. конф. – Сочи, 2014. – С. 94–102.
11. Франкл В.Э. Страдание от бессмысленности жизни. Актуальная психотерапия. – Новосибирск : Сиб. унив. изд-во. – 2013. – 95 с.
12. Ханько А.В., Лагрина Е.Н., Аврамов А.А. Психологическое сопровождение пациентов в отделении принудительного лечения психиатрического стационара общего типа // Проблемные вопросы теории и практики принудительного лечения : сб. ст. и тез. межрегион. науч.-практ. конф. – СПб. : Альта Астра, 2015. – С. 55–60.

13. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия. – М. : Эксмо. – 2011. – 480 с.

14. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М. : РИМИС. – 2008. – 608 с.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 29.08.2016

Для цитирования. Куликов В.О., Павлюк Е.Н., Курасов Е.С. Групповая логотерапия больных с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении // Вестн. психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 63–74.

**GROUP LOGOTHERAPY PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS,
UNDER COMPULSORY TREATMENT**

Kulikov V.O.¹, Pavlyuk E.N.¹, Kurasov E.S.²

¹City mental hospital N 6

(Russia, St. Petersburg, Embank. Obvodnogo kanala, 9);

²Kirov Military Medical Academy

(Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6);

Vyacheslav Olegovich Kulikov – psychiatrist, City mental hospital N 6 (Russia, 192029 St. Petersburg, Embank. Obvodnogo kanala, 9), e-mail: kulikov.slava@mail.ru;

Ekaterina Nikolaevna Pavlyuk – clinical psychologist, City mental hospital N 6 (Russia, 192029, St. Petersburg, Embank. Obvodnogo kanala, 9), e-mail: ekaterinapavliouk@gmail.com;

Eugeny Sergeevich Kurasov – Dr. Med. Sci., Associate Prof., Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: doc4678@mail.ru.

Abstract. Studied the use of group logotherapy in 21 patients, in situations of forced treatment based on a common type of urban city mental hospital № 6 (St. Petersburg). The average age of patients was $(35,8 \pm 11,6)$ years, time spent on compulsory treatment after committing socially dangerous acts - $(2,85 \pm 0,48)$ years. A strategy-Veda of group psychotherapy patients who have committed socially dangerous acts. The results of psychodiagnostic survey participants. It is show that the practical application of the concept of speech therapy can effectively apply it to patients with mental disorders in terms of compulsory treatment and prevention has the necessary properties to prevent repeated socially dangerous actions and stationary hospitalization in the framework of compulsory treatment.

Keywords: clinical (medical) psychology, group psychotherapy, logotherapy, psychological testing, mental illness, involuntary treatment.

References

1. Babin S.M. Psihoterapiya psihozov [Psychotherapy of psychosis]. St. Petersburg. 2012. 335 p. (In Russ.)
2. Dmitriev A.S. Morozova M.V., Savina O.F., Vinnikova I.N. Vypiska so stacionarnogo prinuditel'nogo lecheniya kak stressovyy factori puti ego preodoleniya (psihologicheskij aspekt) [Extract from a fixed compulsory treatment as a stress factor, and ways to overcome it (the psychological aspect)]. *Rossijskij psixiatricheskij zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2009. N 1. Pp. 4–9. (In Russ.)
3. Kotov V.P., Mal'ceva M.M. Nekotorye statisticheskie pokazateli deyatelnosti po profilaktike opasnyh dejstvi jpsihicheskikh bol'nyh [Some statistics on the prevention of dangerous actions mentally ill activities]. *Social'naya i klinicheskay psixiatriya* [Journal of Social and Clinical Psychiatry]. 2012. Vol. 22, N 3. Pp. 11–14. (In Russ.)
4. Kotov V. P. Mal'ceva M. M., YAhimovich L. A. Kriterii i obosnovanie differencirovannogo primeneniya prinuditel'nyh mer medicinskogo haraktera v otnoshenii lic s tyazhelymi psichicheskimi rasstrojstvami, sovershivshih obshchestvenno opasnye dejstviya. [The criteria and rationale for the differentiated application of compulsory medical measures on persons with severe mental disorders who have committed socially dangerous acts]. Moscow. 2013. 24 p. (In Russ.)
5. Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennyh orientacij (SZHO) [Life orientations (LSS) test]. Moscow. 2000. 18 p. (In Russ.)
6. Nyuhalov G.A., Babin S.M. Gruppovaya psixoterapiya ehkzistencial'noj napravlenosti v sisteme lecheniya i reabilitacii pacientov s ehndogennymi rasstrojstvami (soobshchenie pervoe) [Group psychotherapy existential orientation in the system of treatment and rehabilitation of patients with endogenous disorders (first message)]. *Vestnik psixoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2006 N 15. Pp 36–46. (In Russ.)
7. Pankov V.A., Kishka T.N., Otmahov A.P. Opyt organizacii otdeleniya dlya prinuditel'nogo lecheniya v psixiatricheskom stacionare obshchego tipa [Experience of the organization department for compulsory treatment in a mental hospita]. *Problemye voprosy teorii i praktiki prinuditel'nogo lecheniya* [Problems of the theory and practice of compulsory treatment]: Scientific. Conf. Proceedings. St. Petersburg. 2015. Pp. 38–41. (In Russ.)
8. Popova S.L. Tanceval'no-dvigatel'naya terapiya v usloviya otdeleniya specializirovannogo tipa [Dance movement therapy in conditions of a specialized department]. *Problemye voprosy teorii i praktiki prinuditel'nogo lecheniya* [Problems of the theory and practice of compulsory treatment]: Scientific. Conf. Proceedings. St. Petersburg. 2015. Pp. 43–46. (In Russ.)
9. Revushkina M.B. Predstavlenie o cennostyah v uchenii V. Frankla [Representation of the values in the teaching Frankl]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sociologiya. Politologiya* [Bulletin of the Tomsk State University. Philosophy. Sociology. Political science]. 2015. N 2. Pp. 145–153. (In Russ.)
10. Titov A.V., Titova ZH.G. Logoterapiya v gruppovom formate: gruppy derefleksii [Logotherapy in a group format: group derefleksii]. *Chelovek. Iskusstvo. Vselennaya* [Man. Art. Universe]: Scientific. Conf. Proceedings. Sochi. 2014. Pp. 94–102. (In Russ.)

11. Frankl V. Stradanie ot bessmyslennosti zhizni. Aktual'naya psihoterapiya [Suffering from the meaninglessness of life. Current therapy]. Novosibirsk. 2013. 95 p. (In Russ.)

12. Han'ko A.V. Lagrina E.N., Avramov A.A. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacientov v otdelenii prinuditel'nogo lecheniya psihiatricheskogo stacionara obshchego tipa [Psychological support for patients in compulsory treatment compartment mental hospital]. *Problemye voprosy teorii i praktiki prinuditel'nogo lecheniya* [Problems of the theory and practice of compulsory treatment]: Scientific. Conf. Proceedings. St. Petersburg. 2015. Pp. 55–60. (In Russ.)

13. Yalom I.D. Stacionarnaya gruppovaya psihoterapiya [Inpatient group psychotherapy]. Moscow. 2011. 480 p. (In Russ.)

14. Yalom I.D. Ehkzistencial'naya psihoterapiya [Existential psychotherapy]. Moscow. 2008. 608 p. (In Russ.)

Received 29.08.2016

For citing: Kulikov V.O., Pavlyuk E.N., Kurasov E.S. Gruppovaya logoterapiya bolnyh s psihicheskimi rasstrojstvami, nahodyashchihsya na prinuditel'nom lechenii. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 59. Pp. 63–74. (In Russ.)

Kulikov V.O., Pavlyuk E.N., Kurasov E.S. Group logotherapy patients with mental disorders, under compulsory treatment. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 59. Pp. 63–74.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 618.2

О.С. Шкуротенко, Н.П. Коваленко

АЛЕКСИТИМИЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ, КАК МЕХАНИЗМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

Родильный дом № 6 им. проф. В.Ф. Снегирева
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 5);
Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Изучены психологические особенности женщин в период беременности. Высокий уровень алекситимии матери – фактор риска, влияющий на снижение показателей адаптации новорожденного в раннем послеродовом периоде. Проведена оценка эффективности психологического тренинга и программы подготовки к материнству. Обоснованы практические рекомендации по психопрофилактической работе для психологов, работающих с беременными женщинами. Объектом исследования являются психологические характеристики беременных женщин и психофизиологические показатели новорожденных. С помощью экспресс-опросника, разработанного экспериментально в ходе групповой психотерапии по методике «Кто Я?», были получены показатели, характеризующие готовность женщин к материнству. Лексико-семантический анализ ответов показал, что у женщин с высоким уровнем алекситимии данные показатели ниже, чем у женщин с низким уровнем алекситимии.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, беременность, психодиагностика, алекситимия, эмоциональная стабильность, психологическая защита, психологическая коррекция.

Введение

Известны разные подходы к объяснению природы происхождения алекситимии. Важный и до сих пор не решенный вопрос состоит в том, является ли она стабильной, устойчивой, личностной характеристикой или это состояние, которое может проявиться в определенной ситуации у любого человека. Выяснилось, что она может возникать по обоим причинам и формировать так называемую вторичную алекситимию у самых разных ка-

Шкуротенко Ольга Степановна – клинический психолог, Родильный дом № 6 им. В.Ф. Снегирева (Россия, 191014, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 5); e-mail: Lagush1970@mail.ru;

Коваленко Наталья Петровна – д-р психол. наук, проф., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9).

тегорий людей. Такое понимание объясняет многие клинические симптомы алекситимии, в частности – использование беременными женщинами незрелых психологических защит (отрицание и проективная идентификация). Многие авторы рассматривают данный феномен как защитное поведение, характерное для преневротического уровня развития психики [10].

Следующий подход связан с концепцией смысловых образований личности, в нем развиваются идеи Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна и А.И. Леонтьева о рефлексии как важного источника устойчивости, свободы и саморазвития личности. Это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной деятельности. Рефлексия с этой позиции является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции и поэтому дефицит рефлексии приводит к развитию алекситимии [7].

В данном контексте важно, что психическое состояние матери и ее здоровье существенно влияют на развитие и жизнеобеспечение ребенка. Таким образом, для предупреждения и раннего выявления нарушений у матери во время беременности важно своевременно и объективно проанализировать и оценить текущее эмоциональное состояние женщины в период подготовки к родам. Подготовленная, способная к контролю за эмоциональными состояниями мать лучше рождает, вскармливает и ухаживает за ребенком [6].

Термин алекситимия был введен P. Sifneos для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний – ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче [11].

Алекситимия была обнаружена нами экспериментально в процессе групповой психотерапии при подготовке беременных женщин к материнству. Выяснилось, что многим беременным женщинам трудно говорить с другими об эмоциях, трудно вербализовать чувства к еще не родившемуся ребенку. Это в дальнейшем может послужить причиной дефекта коммуникативного стиля поведения ранних отношений «ребенок – мать». В этом случае мать, проявляя гиперопеку или латентное отвержение при раннем взаимодействии с ребенком, не сможет научить его саморегуляции, самозащите, стратегиям совладания с напряжением. При этом нарушается психофизиологическое развитие ребенка и происходит постепенная сепарация от матери.

Мы предположили, что алекситимия в беременности выступает как механизм психологической защиты в виде отрицания и проективной иден-

тификации. Установлен факт сознательного подавления негативных эмоций в состоянии стресса, что мешает эффективной деятельности в период беременности.

Общая черта психологических защит – их неосознанность. Внешние проявления вторжения защитных механизмов в нормальную психическую жизнь человека разнообразны и обнаруживаются как в изменении самого поведения, так и в его интерпретации.

Получив неприятную информацию, человек может срочно снизить ее значимость (по типу «не очень-то и хотелось»), или изменить (снизить) уровень своих притязаний вслед за осознанием невозможности их реализации, или исключить из рассмотрения факты, связанные с действиями, которые он не хочет выполнять. Представление человека о себе и окружающем мире отливается в систему ценностей. Текущее поведение строится в зависимости от результатов соотнесения нового факта с действующими ориентирами [2].

Восприятие беременной женщины состоит из подлинной системы ее ценностных критериев, сформированных в семье и во взаимоотношениях с внешним миром [6]. Для женщин с высоким уровнем алекситимии свойственны противоречивые убеждения в процессе взаимодействия с внешним миром. Это говорит о том, что на формирование ценностных критериев оказывают влияние не только внешние факторы, но и внутренние (семейные). Отсюда становится понятным, что подлинная система ценностных критериев оказывает постоянное влияние на восприятие. В ответ на это психика женщины защищается от недопустимых внешних воздействий, противоречащих выработанным внутренним убеждениям. Механизмы психологической защиты в виде отрицания и проективной идентификации свойственны для женщин с высоким уровнем алекситимии.

Цель исследования – разработать новые формы психокоррекционной работы по подготовке беременных женщин к материнству с учетом индивидуально-личностных особенностей.

Материал и методы

Исследованы психологические особенности женщин с высоким и низким уровнем алекситимии. Для проверки гипотезы об эффективности разработанной психокоррекционной программы сформировали 2 группы:

- экспериментальную (ЭГ) – 46 женщин без выраженной патологии беременности, давшие согласие и прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам;

- контрольную (КГ) – 46 женщин, не участвовавших в психопрофилактической программе по подготовке к родам.

По возрасту, сроку беременности, образованию, уровню социальной защищенности, мотивам материнства выраженных различий у женщин в группах не обнаружено. Личностные особенности беременных изучили при помощи:

- 1) опросника количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной и роженицы, адаптированного в научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН и представленного в методическом пособии [1]. Он отражает суммарную оценку негативных переживаний в баллах по 4 разделам: «Нервно-психическое состояние», «Соматическое здоровье», «Межличностные отношения», «Отношение к ребенку». Опросник имеет обратную методику подсчета результатов: чем выше балл суммарной оценки отрицательных переживаний, тем ниже уровень психологического здоровья беременной женщины;

- 2) методики «Тест отношения к беременности» (ТОБ) [3] позволяющей определить тип выраженности психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Качественный анализ показателей по методике выявляет те состояния, которые нуждаются в коррекции. Тест содержит 3 блока утверждений, отражающих: А – «отношение женщины к себе беременной», Б – «отношения женщин в формирующейся системе “мать – дитя”», В – «отношения беременной женщины к оценке окружающих». В каждом блоке 3 раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены 5 утверждениями, отражающими 5 различных типов ПКГД

- 3) Торонтской алекситимической шкалы (ТАС) [5] для оценки уровня алекситимии;

- 4) методики определения уровня личностной и реактивной тревожности [9];

- 5) Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, измеряющей уровень тревоги, депрессии и наличия соотношения тревожности / депрессивности [4];

- 6) опросника психологической готовности женщин к материнству (разработан авторами в «Программе психологической подготовки беременных к материнству»). Женщинам предлагалось дать 8 ответов на вопрос «Кто я?». При лексико-семантическом анализе наиболее встречающихся ответов определились 3 категории группы слов, понятий, объеди-

ненных одной темой: 1) система «мать – дитя»; 2) личные отношения; 3) социальные отношения;

7) учитывались показатели по шкале Апгар ребенка (окрас кожного покрова, дыхание, частота сердечных сокращений, рефлекторная возбудимость, мышечный тонус).

В период подготовки к родам беременным женщинам проводили психокоррекционную работу, состоящую из 2 последовательных этапов:

1) релаксация с учетом дидактической направленности (нацеленность на результат и эффективность обучения расслаблению);

2) обучение вербальным средствам общения в группе (осознание и выражение чувств беременной женщины к ребенку с помощью устной речи) и актуализация внутреннего диалога для совладания с негативными эмоциями.

Программа включала и релаксационные приемы, и музыкальные сеансы с психогимнастикой, которые развивали не только способность чувствовать, но и умение вербализовать чувства по типу «здесь и теперь». С помощью проективных методик на темы «Мой малыш», «Мои роды» предлагалось составить словесную картину родов от зачатия до рождения и представить своего малыша в образе цветка. Задавали условие на максимально полную передачу женщиной своих чувств, чтобы другие могли, увидев рисунок, почувствовать то же самое.

С помощью специальных приемов в написании образа малыша беременной женщине давали установку на актуализацию скрытых, не полностью осознанных внутренних диалогов. Например, продолжите фразу: «Я желаю тебе ...», «Я дарю тебе ...». Овладение невербальной коммуникацией расширяло и углубляло диапазон средств и способов общения диады «мать – дитя», помогало беременным женщинам с высоким уровнем алекситимии в достижении психологической зрелости.

Для обработки данных использовали t-тест Стьюдента, ранговую корреляцию Спирмена и факторный анализ, реализованные с помощью программного пакета SPSS 22.

Результаты и их анализ

Основное внимание при анализе было уделено выявлению комплекса эмоционально-личностных характеристик беременных женщин, являющихся прогностическими признаками снижения психофизиологических показателей новорожденного в раннем послеродовом периоде.

В табл. 1 представлены данные психологических тестов у женщин в выделенных группах. Результаты исследования показали, что у женщин 2-й группы, с низкими проявлениями алекситимии, отмечаются на высоком уровне достоверности более низкие показатели депрессивности, тревожности и тревоги, чем у женщин 1-й группы.

Таблица 1
Психологическое состояние беременных женщин в группах, (M ± m) балл

Показатель (номер методики)	Группа		p <
	1-я	2-я	
Алекситимия (3)	74,5 ± 0,1	54,3 ± 0,7	0,001
Депрессивность (5)	9,7 ± 0,4	5,2 ± 0,4	0,001
Реактивная тревожность (4)	42,5 ± 1,9	20,7 ± 1,4	0,001
Личностная тревожность (4)	43,1 ± 1,5	18,9 ± 1,5	0,001
Нервно-психическое состояние (1)	17,4 ± 0,6	11,0 ± 0,5	0,01
Соматическое состояние (1)	18,0 ± 0,4	11,4 ± 0,5	0,001
Отношение к ребенку (1)	5,9 ± 0,5	2,0 ± 0,8	0,005

По данным корреляционного анализа установлена достоверная взаимосвязь алекситимии и депрессивности ($r = 0,41$; $p < 0,01$), алекситимии и реактивной тревожности ($r = 0,23$; $p < 0,01$), алекситимии и личностной тревожности ($r = 0,40$; $p < 0,01$).

Были выявлены корреляции между показателями алекситимии и показателями соматического статуса беременных по опроснику института Отто. В 1-й группе корреляции имеют статистическую значимость по всем разделам методики: «нервно-психическое состояние» ($r = 0,409$; $p = 0,015$); «соматическое здоровье» ($r = 0,61$; $p < 0,003$); «межличностное отношение» ($r = 0,11$; $p < 0,05$); «отношение к ребенку» ($r = 0,80$; $p < 0,01$). Во 2-й группе для разделов: «нервно-психическое состояние» ($r = 0,22$; $p < 0,001$); «соматическое здоровье» ($r = 0,30$; $p < 0,003$); «межличностное отношение» ($r = 0,12$; $p < 0,05$); «отношение к ребенку» ($r = 0,40$; $p < 0,05$).

В 1-й и 2-й группах женщины с высоким уровнем алекситимии отличались снижением позитивного эмоционального фона в период раннего взаимодействия, изменением психологических акцентов при общении с ребенком, развитием агрессивной реакции на необходимые лечебные моменты и распорядок дня в лечебном учреждении.

У большинства беременных выраженность данной симптоматики находит отражение в поведенческих реакциях, увеличивая конфликтность и

психическую неустойчивость, что приводит к неадекватному поведению в родах, недостаточному контакту с медицинским персоналом, отказу от медицинских назначений в раннем послеродовом периоде. Эта тенденция распространяется на объект «ребенок», приводя к нарушениям в межличностном общении диады «мать – дитя», снижая показатели адаптации новорожденного к условиям внеутробной жизни.

Результаты исследования психологических особенностей беременных женщин дают возможность предполагать, что высокие показатели алекситимии могут оказывать влияние на социальные и психофизиологические характеристики.

Внутренняя структура взаимосвязей медицинских, социальных и психологических показателей матерей и детей была исследована с помощью факторного анализа с учетом признака наличия первичной стадии взаимодействия в родах (состоялась / не состоялась), так как именно она определяет отношения в диаде «мать – дитя». Обе выборки были объединены. На всех этапах анализа рассматривались факторы, полученные до и после вращения, обладающие наибольшим весом и охватывающие больший (65 %) дисперсии данных и представляющие наибольший интерес исследования. Данные факторного анализа представлены в табл. 2.

Таблица 2

Факторные нагрузки взаимосвязей психологических особенностей матери и психофизиологических показателей новорожденных

Показатель (номер методики)	Фактор			
	F1	F2	F3	F4
Общая оценка нервно-психического статуса (1)		0,794		-0,443
Общая оценка соматического статуса (1)				-0,417
Уровень алекситимии (3)		0,548	0,342	
Тревожный тип ПКГД в отношении к «себе матери»			0,767	-0,451
Депрессивный тип ПКГД в отношении к «грудному вскармливанию»			0,565	-0,514
Личностная тревожность (4)	-0,786			
Реактивная тревожность (4)	-0,769			
Оценка тревожности / депрессивности (5)	-0,777	0,661	0,495	
Первичная стадия взаимодействия (1 – состоялась, 2 – не состоялась)	0,657			
Оценка по шкале Апгар на 1-ю минуту			0,770	
Факторная нагрузка (%)	12	25	7	17

1-й фактор (F1) содержал 12 % факторных нагрузок и характеризовал отсутствие тревожности. Кроме показателей тревожности с отрицательными знаками, он содержал признак наличия первичной стадии взаимодействия в родах (состоялась / не состоялась) и показывал, что первичная стадия взаимодействия «мать – дитя» в раннем послеродовом периоде определяется низкой тревожностью беременных.

2-й фактор (F2) содержал 25 % факторный грузок и показал, что общая оценка психического статуса у беременных женщин определяется высоким уровнем отрицательных переживаний по опроснику психосоматических жалоб, высоким уровнем клинически выраженной тревожности по методике HADS и алекситимии. Чем выше оценка выраженности психосоматических жалоб у женщин в период беременности, тем хуже их психический статус. Этот фактор получил название «Эмоциональная нестабильность».

3-й фактор (F3) содержал 7 % факторных нагрузок и получил название «Физиологические показатели новорожденного». Фактор показывает, что даже высокая оценка новорожденного по шкале Апгар может свидетельствовать о высоких показателях у матери депрессивного типа психологического компонента гестационной доминанты в отношении к «грудному вскармливанию» и тревожного типа психологического компонента гестационной доминанты в отношении к «себе матери», тревожности / депрессии и алекситимии. Как следствие, ребенку не будет проведен докорм и проч. То есть высокие физиологические показатели новорожденного не должны вызывать у медицинского персонала заблуждений в благоприятном исходе родов. У родильницы в это время очень часто отмечаются негативные психические состояния и дальнейшее психологическое сопровождение ее обязательно.

4-й фактор (F4) содержал 17 % факторных нагрузок и указывал, что низкий уровень отрицательных переживаний по опроснику института Отто, характеризующий благоприятное психосоматическое состояние беременной и роженицы, способствует формированию положительных отношений беременной женщины к себе и в системе «мать – дитя» (по низкой выраженности тревожного типа ПКГД в отношении к «себе матери» и депрессивного типа ПКГД в отношении к «грудному вскармливанию»).

По показателям всех использованных факторов была установлена низкая готовность к материнству женщин, имеющих высокий уровень алекситимии в беременности. Это объясняется особой социальной ситуацией формирования их психики в раннем детстве. Механизмы психологи-

ческой защиты в форме отрицания и индентификации вырабатываются как реакция на дефекты в коммуникативном стиле воспитания женщин их матерью. Это может выражаться как гиперопека или латентное отвержение.

В первичной беседе при сборе анамнеза жизни у женщин с высоким уровнем алекситимии была сильная, волевая, доминирующая мать, которая организовывала и корректировала их деятельность вплоть до периода взрослости. Кроме того, матери данной группы женщин продолжали строить программу их будущей жизни даже в период беременности. Неумение обсуждать свои чувства, отсутствие интереса к психотерапевтической групповой работе явилось основанием для вовлечения в обучение беременных женщин вербальным способам взаимодействия в диаде «мать – дитя». С помощью методики «Кто Я?» удалось актуализировать скрытые, неосознанные, подсознательные диалоги женщины и перевести их в осознано-вербальную форму.

Выводы

1. Высокий уровень алекситимии в период беременности способствует образованию механизмов психологической защиты в виде отрицания или идентификации. Предполагаем, что психологическая защита в виде индентификации проявляется у женщин с высоким уровнем алекситимии в беременности под воздействием подавляющего дефективного стиля воспитания ее матери (латентное отвержения или гиперопека). У женщин с низким уровнем алекситимии данный механизм психологической защиты не выявлен.

2. В результате факторного анализа обнаружены ведущие факторы, характеризующие уровень выраженности психосоматических переживаний женщин в период беременности, который позволял установить дефекты коммуникативного стиля поведения ранних отношений диады «мать – дитя».

3. Выявление факторов риска на ранних сроках беременности позволяет определить мишени психотерапевтического воздействия с целью корректировки эмоционально-личностного состояния беременной женщины, чтобы принять ей свое материнство, а также помочь ей выстроить благоприятные взаимоотношения с новорожденным не только в период вынашивания, но и в стадии первичного взаимодействия после родов.

Литература

1. Абрамченко В.В., Гусева Е.Н., Микиртичан Г.Л. Шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной и роже-

ницы // Активное ведение родов. – 2-е изд., испр. – СПб. : СпецЛит, 2003. – С. 87–89.

2. Грановская Р.М. Психологическая защита. – СПб. : Речь, 2010. – 320 с.

3. Добряков И.В. Методика «Тест отношений беременной» (ТОБ) // Перинатальная психология. СПб. [и др.] : Питер, 2010. – С. 218–220.

4. Дробижев М.Ю. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. – М., 1993. – 14 с.

5. Ерьско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. Торонтская алекситимическая шкала (TAS) : метод. пособие. – СПб. : НИИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – 36 с.

6. Коваленко Н.П. Эволюция Я-концепции беременной женщины при формировании роли матери // Перинатальная психология и психотерапия : сб. материалов междунар. конгр. – СПб., 2008. – С. 250–258.

7. Николаев В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1996. – № 2. – С. 8–18.

8. Ребер А. Большой толковый психологический словарь. – М. : Вече, 2000. – 592 с.

9. Спилбергер Ч.Д., Ханин Ю.Л. Методика диагностики самооценки // Большая энциклопедия психологических тестов. – М. : Эксмо, 2007. – С. 32–34.

10. Урванцев Л.П. Психология соматического больного : метод. пособие. – Ярославль : ЯрГУ, 2011. – 48 с.

11. Larsen J.K., Brand N., Bermond B., Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies // J. Psychosom. Res. 2003. – Vol. 54, N 6. – P. 533–541.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 26.11.2015

Для цитирования. Шкуротенко О.С., Коваленко Н.П. Алекситимия в период беременности как механизм психологической защиты // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 59 (64). – С. 75–86.

ALEKSITIMIYA DURING PREGNANCY, AS THE MECHANISM OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION

Shkurotenko O.S.¹, Kovalenko N.P.²

¹Maternity hospital N 6 of Prof. V.F. Snegirev
(Russia, St. Petersburg, Mayakovsky Str., 5);

²Saint-Petersburg State University
(Russia, Saint-Petersburg, University Emb., 7/9)

Ol'ga Stepanovna Shkurotenko – Psychology Maternity hospital N 6 of Prof. V.F. Snegirev (Russia, 191014, Saint-Petersburg, Mayakovsky Str., 5); e-mail: Lagush1970@mail.ru;

Natal'ya Petrovna Kovalenko – Dr. Psychol. Sci. Prof., The Saint-Petersburg, State University (Russia, 199034, St.-Petersburg, University Emb., 7/9).

Abstract. Psychological features of women during pregnancy are studied. High level of an alexitimia of mother – the risk factor influencing decrease in indicators of adaptation of the newborn in the early postnatal period. The assessment of efficiency of psychological training and the program of preparation for motherhood is carried out. Practical recommendations about psychoscheduled maintenance for the psychologists working with pregnant women are proved. Object of research are psychological characteristics of pregnant women and psychophysiological indicators of newborns. By means of the express questionnaire developed by us experimentally during group psychotherapy by a technique "Who I am?" the indicators characterizing readiness of women for motherhood were received. The lexico-semantic analysis of answers I showed that at women with the high level of an alexitimia these indicators are lower, than women with low level have alexitimia.

Keywords: medical psychology, pregnancy, psychodiagnostics, alexitimia, emotional stability, psychological protection, psychological correction.

Reference

1. Abramchenko V.V., Guseva E.N., Mikirtichan G.L. Shkala kolichestvennoi i kachestvennoi otsenki psichosomaticheskogo sostoyaniya beremennoi i rozhenitsy [Shkala of quantitative and quality standard of a psychosomatic condition of the pregnant woman and woman in labor]. Aktivnoe vedenie rodov [Activ gouing pregnensi]. Sankt-Peterburg. 2003. Pp. 87–89.

2. Granovskaya R.M. Psikhologicheskaya zashchita [Psychological protection]. Sankt-Peterburg. 2010. 320 p.

3. Dobryakov I.V. Metodika «Test otnoshenii beremennoi» (TOB) [Metodik's good-natured persons "Test of the Relations of the Pregnant Woman" (TRPW)]. Perinatal'naya psikhologiya [Perinatal psychology]. Sankt-Peterburg. 2010. Pp. 218–220.

4. Drobizhev M.Yu. Gospital'naya shkala trevogi i depressii HADS [Hospital scale of alarm and depression of HADS]. Moskva. 1993. 14 p.

5. Eres'ko D.B., Isurina G.L., Kaidanovskaya E.V. Torontskaya aleksitimicheskaya shkala (TAS) [Toronto aleksitimicheskyy scale (TAS)]. Sankt-Peterburg. 1994. 36 p.

6. Kovalenko N.P. Evolyutsiya Ya-kontseptsii beremennoi zhenshchiny pri formirovaniy roli materi [Evolution of the self-concept of the expectant mother when forming a role of mother]. *Perinatal'naya psikhologiya i psikhoterapiya* [Perinatal psychology and psychotherapy]: Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2008. Pp. 250–258.

7. Nikolaev V.V., Arina G.A. Ot traditsionnoi psichosomatiki k psikhologii telesnosti [From traditional psychosomatics to corporality psychology]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Moscow state university bulletin. Series 14: Psychology]. 1996. N 2. Pp. 8–18.

8. Reber A. Bol'shoi tolkovyi psikhologicheskii slovar' [Dictionary of psychology]. Moskva. 2000. 592 p.

9. Spilberger Ch.D., Khanin Yu.L. Metodika diagnostiki samootsenki [Methodic of diagnostics of a self-assessment]. Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov [The big encyclopedia of psychological tests]. Moskva. 2007. Pp. 32–34.

10. Urvantsev L.P. Psikhologiya somaticheskogo bol'nogo [Psychology somatic sick]. Yaroslavl'. 2011. 48 p.

11. Larsen J.K., Brand N., Bermond B., Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies // J. Psychosom. Res. 2003. Vol. 54, N 6. Pp. 533–541.

Received 26.11.2015

For citing. Shkurotenko O.S., Kovalenko N.P. Aleksitimiya v period beremennosti, kak mekhanizm psikhologicheskoi zashchity. Vestnik psikhoterapii. 2016. N 59. Pp. 75–86. **(In Russ)**

Shkurotenko O.S., Kovalenko N.P. Aleksitimiya during pregnancy, as the mechanism of psychological protection. The Bulletin of Psychotherapy. 2016. N 59. Pp. 75–86.

АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина
(Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 23)

Оценили психическое состояние и качество жизни 120 первичных больных раком легкого, которые получали разное лечение: 1-я группа – 78 больных, которым проводилось хирургическое лечение; 2-я – 42 больных, которым проводилась лекарственная терапия (химиотерапия). Исследование психического состояния больных осуществлялось с помощью опросника SCL-90-R. На момент госпитализации психическое состояние больных 1-й и 2-й групп достоверно отличается по шкалам тревожности и общего индекса тяжести дистресса. Кроме того, у больных 1-й группы выявлена тенденция увеличения показателей по шкалам: соматизация, обсессивность–компульсивность, межличностная чувствительность, депрессивность. Оценка качества жизни проводилась самими больными с помощью шкалы Дембо–Рубинштейна. До начала лечения достоверных отличий между группами больных не получено, хотя отмечается тенденция более низкой самооценки здоровья и настроения больными 1-й группы. На этапе выписки больные 1-й группы достоверно ниже отмечают шкалы, отражающие социальное функционирование (общительность, активность, межличностные отношения, также снижается удовлетворенность возможностями проведения отдыха и развлечений), пациенты 2-й группы – снижение восприятия внешнего вида.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психическое состояние, качество жизни, рак легкого, хирургическое лечение, лекарственное лечение (химиотерапия).

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

Лактионов Константин Константинович – д-р мед. наук, руководитель отд-ния клинич. биотехнологий Рос. онкологич. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., 23), e-mail: lkoskos@mail.ru;

Степанова Александра Михайловна – канд. мед. наук, руководитель отд-ния реабилитации Рос. онкологич. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., 23), e-mail: stepanovas@list.ru;

Саранцева Ксения Андреевна – аспирант отд-ния клинич. биотехнологий Рос. онкологич. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., 23); e-mail: saransevaka@gmail.ru.

Введение

Как показывают современные статистические данные, рак легкого (РЛ) является наиболее распространенной формой злокачественных опухолей, причем с каждым годом отмечается рост заболеваемости [1]. Совершенствование методов лечения позволило увеличить основные клинические показатели: эффективность лечения и выживаемость, но остается до конца не изученным вопрос качества жизни (КЖ) этих больных [5, 6].

По данным Национального института рака США (NCI) и Американского общества клинической онкологии (ASCO), в 1999 г. было определено, что качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный ответ опухоли на проводимое лечение [7].

КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Оценка качества жизни представляет собой простой и надежный метод изучения состояния здоровья человека, основанный на его субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального функционирования [4, 5].

Показатели КЖ дают информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимом лечении, о переносимости того или иного метода лечения, о его эффективности и, в конечном итоге, об уровне удовлетворенности реализации основных потребностей личности в социуме [2, 4].

В настоящее время лечение рака легкого включает оперативные вмешательства, лекарственную и лучевую терапию; однако все эти методы имеют множество побочных эффектов, снижающих КЖ. Кроме того, в связи с крайне агрессивным течением этой патологии у многих больных заболевание быстро прогрессирует, что существенно снижает адаптационные возможности личности, значительно ухудшает их КЖ [11].

Таким образом, представляется актуальным изучение КЖ этих больных как интегрального показателя эффективности проводимой противоопухолевой терапии.

Цель исследования – изучение психического состояния и КЖ больных раком легкого.

Материал и методы

Обследовали 120 первичных больных с верифицированным диагнозом РЛ I–IV стадий (С.34.0 по МКБ-10), которые проходили лечение в Рос-

сийском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина (Москва). Возраст больных варьировал от 45 до 78 лет. Больных разделили на 2 группы:

1-я – 78 операбельных больных РЛ (I–II стадии), которым планировалось проведение хирургического лечения различного объема в зависимости от локализации и стадии болезни;

2-я – 42 больных с местнораспространенным и диссеминированным РЛ (III–IV стадии), которым планировалось проведение лекарственной терапии (химиотерапии) в различных сочетаниях в зависимости от типа опухоли.

Исследование осуществляли в 2 этапа. На 1-м этапе (при поступлении в отделение) применяли метод структурированного интервью, позволяющий получить добровольное согласие на участие в исследовании и собрать первичную информацию о больном, и экспериментально-психологические методы: SCL-90-R [9], модифицированная шкала самооценки Дембо–Рубинштейна [8]. На 2-м этапе (на этапе выписки) использовали повторно модифицированную шкалу самооценки Дембо–Рубинштейна.

Для изучения психического состояния больных использовали опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – SCL-90-R), адаптация и валидизация которого произведена в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института психологии Российской академии наук. Больным предлагали перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Оценку и интерпретацию результатов проводили по 9 основным субшкалам, которые объединяли следующие группы симптомов:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В качестве интегрального показателя рассматривался общий индекс тяжести текущего дистресса. Условно нормативные данные получены в процессе валидизации опросника SCL-90-R (n = 1466) [9].

Для самооценки КЖ больных использовали модифицированную шкалу Дембо–Рубинштейна, основанную на оценивании (шкалировании) определенных сфер жизнедеятельности, которые больными по результатам структурированного интервью определяли как наиболее значимые. Выделено 10 значимых сфер (шкал) КЖ:

1) общительность (стремление к контактам, желание быть в обществе людей);

2) здоровье (отсутствие болевых ощущений, отсутствие слабости, одышки, удовлетворенность функционированием органов и систем организма);

3) внешний вид (удовлетворенность внешним видом);

4) материальное положение (удовлетворенность финансовым положением);

5) межличностные отношения (удовлетворенность взаимоотношениями с близкими, друзьями);

6) радость (хорошее настроение);

7) активность (активная деятельная жизнь, высокий жизненный тонус);

8) счастье (продуктивная творческая жизнь, внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений);

9) удовлетворенность профессией (удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами, уважение окружающих, удовлетворенность соотношением выполняемой работы и ее материальной оценкой);

10) возможности для отдыха и развлечений (проведение свободного времени как до болезни).

Полученные данные подвергли статистической обработке с применением критерия Манна–Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Данные представлены как средний показатель и стандартная ошибка средней величины ($M \pm m$).

Результаты и их анализ

Исследование психического состояния больных обеих групп проводили посредством сопоставления полученных результатов по шкалам опросника SCL-90-R между собой и с условно нормативными данными. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1
Показатели психического состояния больных РЛ
по данным опросника SCL-90-R

Показатель	Группа		p <	Нормативные данные [9]
	1-я	2-я		
Соматизация	1,2 ± 0,2	0,4 ± 0,3		0,7 ± 0,7
Обсессивность–компульсивность	1,3 ± 0,6	0,6 ± 0,7		0,8 ± 0,6
Межличностная сензитивность	1,1 ± 0,2	0,3 ± 0,4		0,8 ± 0,6
Депрессивность	0,9 ± 0,4	0,6 ± 0,5		0,7 ± 0,6
Тревожность	1,7 ± 0,6	0,3 ± 0,4	0,01	0,6 ± 0,6
Враждебность	0,7 ± 0,1	0,2 ± 0,4		0,7 ± 0,7
Фобическая тревожность	0,4 ± 0,4	0,9 ± 0,7		0,4 ± 0,5
Паранойальность	0,6 ± 0,4	0,1 ± 0,4		0,7 ± 0,6
Психотизм	0,4 ± 0,1	0,2 ± 0,1		0,4 ± 0,5
Общий индекс тяжести дистресса	1,3 ± 0,1	0,3 ± 0,2	0,01	0,6 ± 0,5

Психическое состояние больных 1-й и 2-й групп достоверно отличается по шкале тревожности и общего индекса тяжести дистресса. Кроме того, у больных 1-й группы выявлена тенденция увеличения показателей по шкалам: соматизация, обсессивность–компульсивность, межличностная сензитивность, депрессивность (см. табл. 1).

Многие исследователи в своих работах отмечают, что для большинства больных РЛ характерен высокий уровень тревоги [10]. Как видно из представленной таблицы, наши собственные результаты отчасти подтверждают эти данные, так как повышенный уровень тревожности отмечается только у больных 1-й группы.

Были получены несколько противоречивые результаты: у больных с более тяжелой стадией заболевания (2-я группа) уровень тревоги достоверно ниже, чем у больных с ранней стадией заболевания. В целом больные этой группы по всем показателям не отличаются от имеющих в литературе условно нормативных данных. Несмотря на то что больные с более запущенной стадией заболевания соматически тяжелее и имеют, как правило, более выраженные симптомы заболевания (кашель, одышка, болевой синдром и др.), тем не менее, согласно полученным результатам, при опросе они недооценивают степень их выраженности или отрицают их наличие.

Полученные данные согласуются с результатами исследования специалистов Бостонского университета (Boston University, USA). Ими установлено, что большинство больных раком легких в последней стадии верят в то, что именно химиотерапия может их излечить и обратить болезнь вспять (в терминальной стадии рака и при наличии отдаленных метастазов такое лечение может, в лучшем случае, лишь временно приостановить развитие болезни и облегчить симптомы, но не спасти больного). Специалисты полагают, что ошибочное понимание ситуации возникает по причине того, что многие больные и их родственники отказываются принимать тот факт, что их заболевание неизлечимо [3].

Немаловажен и тот факт, что у больных, которым предстоит хирургическое лечение, выявлен высокий уровень дистресса, связанный прежде всего с потерей контроля над жизненными событиями, ощущением беспомощности, бессилия и зависимости от других людей. У больных же 2-й группы показатели шкалы дистресса ниже не только по сравнению с 1-й группой, но по сравнению с нормой. Эти данные можно интерпретировать как вытеснение мыслей о болезни, наличии выраженных психологических защит.

Оценка КЖ по данным шкалы Дембо–Рубинштейна представлена на табл. 2. При поступлении достоверных отличий между группами больных не получено, хотя отмечается тенденция более низкой самооценки здоровья и настроения больными 1-й группы, что согласуется с результатами опросника SCL-90-R.

Таблица 2

Результаты КЖ по шкале Дембо–Рубинштейна

Шкала	Группа			
	1-я		2-я	
	Период лечения			
	до	после	до	после
Общительность	54,2 ± 1,7	34,2 ± 1,7*	52,2 ± 1,5	52,2 ± 1,5*
Здоровье	37,2 ± 1,6	35,9 ± 1,1	42,7 ± 2,9	32,7 ± 2,9
Внешний вид	48,4 ± 3,8	54,4 ± 3,8*	42,2 ± 2,5	32,2 ± 2,5*
Материальное положение	50,9 ± 2,7	50,5 ± 2,7	49,4 ± 3,2	47,1 ± 3,2
Межличностные отношения	43,8 ± 1,2	33,8 ± 2,2*	42,4 ± 2,1	42,4 ± 5,1*
Радость	38,8 ± 2,1	38,8 ± 2,4	46,1 ± 1,7	46,1 ± 0,7
Активность	52,1 ± 3,1	40,1 ± 3,6*	56,2 ± 2,1	56,2 ± 1,8*
Счастье	35,4 ± 1,3	32,1 ± 1,3	33,2 ± 1,7	35,6 ± 2,1
Удовлетворенность профессией	51,8 ± 1,6	45,8 ± 2,6	52,9 ± 2,7	46,9 ± 3,9
Возможности для отдыха и развлечений	44,1 ± 3,0	34,1 ± 5,3	42,0 ± 1,4	42,0 ± 2,4

* Различия между группами на этапе выписки при $p < 0,05$.

На этапе выписки больные 1-й группы достоверно ниже отмечают шкалы, отражающие социальное функционирование: общительность, активность, межличностные отношения ($p < 0,05$). Действительно, в послеоперационном периоде у больных сужается круг общения, и хотя они осознают, что это временное состояние, тем не менее факт ограничения общения с другими людьми переживается, что отражается на их настроении, которое также снижено, хотя и не достоверно, по сравнению с больными 2-й группы.

В то же время, они удовлетворены материальным положением и внешним видом, тогда как больные, проходящие лекарственную терапию, удовлетворены общением и активностью, но у них отмечено достоверное по сравнению с 1-й группой снижение субъективного восприятия внешнего вида. И это вызывает недоумение, поскольку после начала лекарственного лечения больные внешне не меняются в отличие от послеоперационных больных, которые при выписке из стационара имеют определенные изменения тела (например, шов). Это может быть обусловлено внешностью других больных в отделении, а также информированием лечащим врачом о побочных эффектах терапии, в том числе алопеции. Последний факт представляет собой особый интерес в связи с тем, что не только жен-

щины высказывают сожаления о выпадении волос, но мужчины тоже. Как нам кажется, это связано с укоренившимся в социуме мнением о том, что если у человека выпадают волосы, то он проходит химиотерапию, а значит, он болен раком. Многие больные скрывают от окружающих информацию о заболевании и лечении, а факт потери волос приводит к «вынужденной огласке» диагноза.

Снижается удовлетворенность возможностями проведения отдыха и развлечений у больных 1-й группы, и хотя достоверных отличий между группами не выявлено (см. табл. 2), тем не менее физические ограничения после операции влияют и на эту сферу жизнедеятельности больных, вызывая негативные переживания, особенно у молодых пациентов.

Заключение

Таким образом, проведенное клинико-психологическое исследование показало, что у больных раком легкого в зависимости от методов лечения качество жизни разное: у больных после операции оно ниже, преимущественно за счет снижения показателей шкал социального функционирования. Однако, учитывая результаты исследования психического состояния больных обеих групп, интерпретировать полученные результаты по качеству жизни однозначно нельзя. В противоположность больным, подвергшимся оперативному лечению, больные, получающие лекарственную терапию, недооценивают тяжесть своего состояния, вытесняя мысли о неизлечимости их заболевания.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г. – М. : Изд-во РОНЦ, 2014. – 226 с.
2. Евдокимов В.И. Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 23–32.
3. Лаборатория инновационных биомедицинских технологий. – URL: <http://www.limbt.com/page/106>.
4. Лекции по фундаментальной и клинической онкологии / ред. В.М. Моисеенко, А.Ф. Урманчеева, К.П. Хансон. – СПб., 2004. – 703 с.
5. Переводчикова Н.И. Химиотерапия опухолевых заболеваний. – М. : Медицина, 2000. – 372 с.
6. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград : Издатель, 2001. – 96 с.
7. Полоцкий Б.Е., Лактионов К.К. Рак легкого // Энциклопедия клинической онкологии / под ред. М.И. Давыдова. – М., 2004. – С. 181–193.

8. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара : Бахрах, 2000. – 672 с.
9. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. [и др.]. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – М. : Когито-Центр, 2007. – Ч. 1: Теория и методы. – 208 с.
10. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. – Ярославль : ЯРГУ, 1998. – 159 с.
11. Polanski J., Jankowska-Polanska B., Rosinczuk J., Chabowski M., Szyman-ska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer // *Onco Targets Ther.* – 2016. – Vol. 29, N 9. – P. 1023–1028.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 20.07.2016

Для цитирования. Ткаченко Г.А., Лактионов К.К., Степанова А.М., Саранцева К.А. Анализ психического состояния и качества жизни больных раком легкого // *Вестн. психотерапии.* – 2016. – № 59 (64). – С. 87–97.

ANALYSIS OF THE MENTAL STATE AND QUALITY OF LIFE OF LUNG CANCER PATIENTS

Tkachenko G.A., Laktionov K.K., Stepanova A.M., Sarantseva K.A.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center
(Russia, Moscow, Kashirskoye shosse, 23)

Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist of department of rehabilitation from N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center (Russia, 115478, Moscow, Kashirskoye shosse, 23), e-mail: mitg71@mail.ru;

Konstantin Konstantinovich Laktionov – Dr. Med. Sci., head of the department of clinical biotechnologies from N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center (Russia, 115478, Moscow, Kashirskoye shosse, 23), e-mail: lkoskos@mail.ru;

Aleksandra Mikhailovna Stepanova – PhD Med. Sci, head of the department of rehabilitation from N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center of the Ministry of health (Russia, 115478, Moscow, Kashirskoye shosse, 23), e-mail: stepanovas@list.ru;

Kseniya Andreevna Sarantseva – PhD student of the department of clinical biotechnologies from N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center (Russia, 115478, Moscow, Kashirskoe shosse, 23); e-mail: saransevaka@gmail.ru.

Abstract. Assessed mental status and quality of life of 120 patients with primary lung cancer who received different treatment: group 1 – 78 patients who underwent surgical treatment; group 2– 42 patients that he had been targeted drug therapy

(chemotherapy). The study of the mental state of patients was carried out using a questionnaire SCL-90-R. At the time of hospitalization of mental patients in the 1st and 2nd group was significantly different on scales of anxiety and a General index of the severity of the distress. In addition, patients of the 1st group revealed the trend of increasing indicators on scales: somatization, obsessively-compulsion, interpersonal sensitivity, depression. The assessment of quality of life was carried out by the patients themselves using a scale Dembo-Rubinstein. Before treatment no significant differences between groups of patients was not obtained, although there is a trend to lower self-rated health and mood of patients of the 1st group. At the stage of discharge, patients of the 1st group was significantly lower note of the scale that reflects social functioning (sociability, activity, interpersonal relations, also declining satisfaction with opportunities for recreation and entertainment), patients of the 2nd group – reducing the appearance.

Key words: medical (clinical) psychology, mental state, quality of life, lung cancer, surgical treatment, drug treatment (chemotherapy).

References

1. Davydov M.I., Aksel' E.M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG v 2012 g [Statistics of malignant neoplasms in Russia and CIS countries in 2012]. Moskva. 2014. 226 p. (In Russ.)
2. Evdokimov V.I. Metodologicheskie aspekty ob"ektivnoi otsenki kachestva zhizni naseleniya Rossii [Methodological issues of the objective life quality assessment in Russian population]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2008. N 1. Pp. 23–32. (In Russ.)
3. Laboratoriya innovatsionnykh biomeditsinskiykh tekhnologiy [Laboratory of innovative biomedical technologies]. URL: <http://www.limbt.com/page/106>. (In Russ.)
4. Lektsii po fundamental'noi i klinicheskoi onkologii [Lectures on fundamental and clinical oncology]. Eds.: V.M. Moiseenko, A.F. Urmancheeva, K.P. Khanson. Sankt-Peterburg. 2004. 703 p. (In Russ.)
5. Perevodchikova N.I. Khimoterapiya opukholevykh zabolevaniy [Chemotherapy of neoplastic diseases]. Moskva. 2000. 372 p. (In Russ.)
6. Petrov V.I., Sedova N.N. Problema kachestva zhizni v bioetike [The problem of quality of life in bioethics]. Volgograd. 2001. 96 p. (In Russ.)
7. Polotskii B.E., Laktionov K.K. Rak legkogo [Lung cancer]. Entsiklopediya klinicheskoi onkologii [Encyclopedia of clinical Oncology]. Ed. M.I. Davydov. Moskva. 2004. Pp. 181–193. (In Russ.)
8. Raigorodskii D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika [Practical psychodiagnostics]. Samara. 2000. 672 p. (In Russ.)
9. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V. [et al.]. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [A practical guide to the psychology of post-traumatic stress]. Moskva. 2007. Pt. 1: Teoriya i metody [Theory and methods]. 208 p. (In Russ.)
10. Urvantsev L.P. Psikhologiya v somaticheskoi klinike [Psychology in somatic clinic]. Yaroslavl'. 1998. 159 p. (In Russ.)

11. Polanski J., Jankowska-Polanska B., Rosinczuk J., Chabowski M., Szymanska-Chabowska A. Quality of life of patients with lung cancer. *Onco Targets Ther.* 2016. Vol. 29, N 9. Pp. 1023–1028.

Received 20.07.2016

For citing. Tkachenko G.A., Laktionov K.K., Stepanova A.M., Sarantseva K.A. Analiz psihicheskogo sostoyaniya i kachestva zhizni bol'nyh rakom legkogo. *Vestnik psikhoterapii.* 2016. N 59. Pp. 87–97. **(In Russ.)**

Tkachenko G.A., Laktionov K.K., Stepanova A.M., Sarantseva K.A. Analysis of the mental state and quality of life of lung cancer patients. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2016. N 59. Pp. 87–97.

ЧУВСТВО СВЯЗНОСТИ И УРОВЕНЬ МОТИВАЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41);
Международный институт резервных возможностей человека
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11);
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);
Психотерапевтический кабинет
(Литовская Республика, Кретинга, ул. Кястучио, д. 18)

Представлены результаты психологического обследования 48 больных с зависимостью от алкоголя (F10.2 по МКБ-10), обратившихся в Международный институт резервных возможностей человека (Санкт-Петербург). Средний срок формирования алкогольного абстинентного синдрома составил ($4,5 \pm 0,5$) лет. Установлен средний уровень показателя связности или стрессоустойчивости по методике А. Антоновского. Оказалось, что мотивация к лечению зависит от уровня жизнестойкости: чем выше уровень стрессоустойчивости пациента, тем больше у него желание решать проблемы, связанные с употреблением алкоголя, через психотерапевтическую помощь и тем выше у него осознанность своего состояния и своего заболевания.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, теория солюто-генеза, чувство связности, мотивация, психодиагностика, аддикция, алкоголизм.

Мильчакова Валентина Александровна – канд. психол. наук доц., доц. каф. общ., мед. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

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

Мизерас Саулюс – канд. психол. наук, врач психиатр, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), e-mail: sauliusm@yandex.ru;

Мизерене Рута – д-р мед. наук, врач-психиатр, директор Психотерапевт. кабинета (Литовская Республика, 97001, Кретинга, ул. Кястучио, д. 18), e-mail: meshkelis@yandex.ru.

Введение

Алкогольная зависимость отрицательно влияет на уровень индивидуального и общественного здоровья. Именно поэтому успешное лечение алкогольной зависимости приобретает весомую значимость на государственном уровне [14]. У больных с алкогольной зависимостью мотивация на лечение является одним из ключевых факторов его успеха [7].

Чувство связности по А. Антоновскому – один из факторов стрессоустойчивости (жизнестойкости), который определяет способность человека оставаться соматически и психологически здоровым в условиях воздействия стрессоров [12]. По теории солютогенеза А. Антоновского связь между внутренней жизнестойкостью и мотивацией на лечение может быть важным фактором прогнозирования улучшения состояния больного алкоголизмом и результата лечения в целом [8].

Цель работы – изучить связи стрессоустойчивости с уровнем мотивации на лечение у больных алкоголизмом, обратившихся за медицинской помощью в Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ).

Материал и методы

Исследовательскую группу составили 48 больных с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10), обратившихся в МИРВЧ (Санкт-Петербург). Мужчин было 42 и женщин – 6, средний возраст – $(41,9 \pm 1,6)$ и $(42,7 \pm 5,0)$ лет соответственно. Средний срок формирования алкогольного абстинентного синдрома у мужчин составил $(4,5 \pm 0,2)$ года, у женщин – $(4,0 \pm 0,9)$ года.

Обследование пациентов проводили на 12–16-е сутки добровольного воздержания от алкоголя, перед обращением за психотерапевтической наркологической помощью. Все пациенты подписывали информированное согласие на проведение обследования. Клиническую оценку больных, в соответствии с критериями МКБ-10, проводил врач психиатр-нарколог МИРВЧ. Критериями невключения в исследование являлись:

- I и III стадии синдрома зависимости от алкоголя (по критериям МКБ-10);

- коморбидная патология зависимости от алкоголя с эндогенными психическими, аффективными преморбидными расстройствами, ВИЧ-инфекцией и/или вирусным гепатитом С, сочетанное употребление алкоголя и других психоактивных веществ;

- отсутствие у больных желания участвовать в обследовании.

У пациентов оценили:

1) уровень чувства связности по А. Антоновскому – при помощи оценки шкал: постижимости (С), управляемости (МА) и осмысленности (МЕ), а также их суммы (собственно чувство связности, уровень развития которого характеризовал стрессоустойчивость). Оригинальным инструментом оценки является шкала чувства связности (SOC), сконструированная А. Антоновским [5, 6] и состоящая из 29 пунктов (16 прямых и 13 обратных). Существует несколько русскоязычных версий шкалы чувства связности. В нашем исследовании использовали вариант М.Н. Дымшица [2];

2) уровень мотивации – при помощи шкалы оценки изменений университета Род-Айленд (США) – University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) [9], которая по модели J.O. Prochaska, C.C. DiClemente и J.C. Norcross (1992) [13] позволяет установить стадию изменений зависимого поведения:

– предварительных размышлений. Эта стадия предшествует появлению регулярных размышлений о необходимости изменить зависимое от алкоголя поведение;

– размышлений о необходимости изменения зависимого от алкоголя поведения;

– действий, отражающая предпринимаемые больным конкретные действия, связанные с изменением зависимого от алкоголя поведения.

Показатели шкал компонентов или стадий мотивации рассчитывали из суммы ответов на вопросы по рекомендованному ключу в Т-баллах [13]. Например, при оценке стадии действий в 50 Т-баллов ее уровень характеризовался как средний (неустойчивый), сочетающий противоречивые мотивы по отношению к употреблению алкоголя, их неустойчивость, интериоризацию норм общества, осуждающих злоупотребление алкоголем, но поддерживающих контролируемое употребление алкоголя. При оценке стадии действий менее 50 Т-баллов, чему соответствует низкий (негативный) уровень мотивации на лечение, у пациентов отмечались нежелание лечиться, порывы продолжить контролируемое употребление алкоголя в будущем, внешняя регуляция поведения, пассивность в процессе лечения и непонимание риска рецидивов.

Позитивной (высокой) мотивации на лечение, отличающейся наличием положительных установок на лечение, снижением доли внешнего регулирования поведения, возрастанием роли личности пациента в процессе лечения и самостоятельным выбором своего поведения, в нашем исследовании не установлено.

Авторская методика URICA включала 32 утверждения, на которые испытуемые давали согласие разной степени выраженности – от полного несогласия до полного согласия (от 1 до 5 баллов). В России вариант этой методики адаптирован В.М. Ялтонским [3, 4]. Он включал 24 утверждения;

3) цели лечения – при помощи опросника самооффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем – вариант методики R. Goldbeck, P. Myatt и T. Aitchison «End of treatment self-efficacy coping» [9], адаптированный В.М. Ялтонским [3]. Опросник позволяет определить компоненты воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем (желание воздержания, необходимость воздержания, трудность воздержания, желание помощи от других при воздержании, понимание риска рецидива) путем ответа пациента на утверждения. Два противоположных варианта ответа задают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны 7 градаций предпочтения;

4) готовность к изменению и стремление к лечению – при помощи опросника Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOC-RATES), который был разработан в США W.R. Miller, J.S. Tonigan [11]. В России ее адаптировал В.М. Ялтонский [3]. Опросник позволяет оценить уровень признания болезни, уровень амбивалентно-амбивалентного отношения к болезни и уровень настойчивости в достижении цели лечения, связанной с полным отказом от употребления алкоголя.

Математическую обработку результатов провели с использованием Windows приложения Excel с расчетом средних значений, относительных величин частоты и распределения и графического представления данных.

Результаты и их анализ

Проведенные исследования показали (табл. 1), что по абсолютным показателям чувства связности обследованные пациенты практически не отличались от контрольной группы [2]. Суммарный показатель связности или стрессоустойчивости у пациентов был ($57,3 \pm 1,2$) балла, в группе контроля – ($57,7 \pm 1,2$) балла. Качественный анализ суммарного показателя, который отражает стрессоустойчивость, выявил, что почти 67 % пациентов имели средний уровень стрессоустойчивости, а 25 % – высокий (см. табл. 1).

Результаты оценки мотивации представлены в табл. 2. При оценке мотивации в группу с негативным (низким) уровнем вошли 17 (35 %) пациентов (16 мужчин и 1 женщина), в группу с неустойчивой (средней) мотивацией – 31 (65 %) (27 мужчин и 5 женщин).

Таблица 1

Показатель чувства связности по А. Антоновскому

Показатель чувства связности	(M ± m) балл
Постижимость (С)	20,6 ± 0,6
Управляемость (МА)	18,1 ± 0,6
Осмысленность (МЕ)	17,3 ± 0,6
Суммарный (стрессоустойчивость)	57,3 ± 1,2
высокий (64 балла и более)	12 (25,0 %)
средний (46–63 балла)	33 (68,8 %)
низкий (до 46 баллов)	3 (6,2 %)

Таблица 2

Показатели мотивации на лечение у пациентов, (M ± m) балл

Стадия	Уровень	
	негативный	неустойчивый
Предварительные размышления	63,2 ± 1,8	60,3 ± 2,0
Размышления	39,7 ± 2,4	43,1 ± 1,7
Действия	42,1 ± 1,0	54,2 ± 1,1

При неустойчивой (средней) мотивации на лечение компонент «размышления об изменении зависимого поведения» характеризовался тем, что переход на эту стадию с предыдущей был связан скорее не с принуждением окружающих лиц, а с получением своевременной и лично значимой для больного информации. Пациенты с этим уровнем мотивации начинают задумываться об изменении поведения, связанного со злоупотреблением алкоголя, и сопоставлять, «взвешивать на внутренних весах» доводы за и против (см. табл. 1). «Весы раскачаются то в одну сторону, то в другую», сомнения в правильности выбора и стремление «пить как раньше», контролировать прием алкоголя или прекращать это делать полностью начинают одолевать больных. Пациенты начинают искать помощь в решении проблемы, которую не могут решить сами и которую еще только начинают признавать. Компонент «действия» характеризовался тем, что пациенты были готовы к изменению зависимого поведения и настроены на достижение реальной цели. Они начинали понимать пусковые факторы, приводящие к рецидиву зависимого поведения, пытались активно сопротивляться давлению со стороны окружающих, вовлекающих их снова в употребление алкоголя. Уход от чрезмерного употребления алкоголя способствовал повышению качества жизни, у пациентов появлялось свобод-

ное время, и большей частью с удивлением обнаруживали, что у них отсутствовало навыки проведения свободного времени без употребления алкоголя. Пациенты пытались находить новые виды деятельности, не связанные с употреблением алкоголя, создать социально поддерживающую сеть из числа людей, не употребляющих алкоголь, некоторые начали посещать церковь или включались в работы сообщества «Анонимные алкоголики». Социальную поддержку старались получить у лечащего врача или психолога. При среднем уровне мотивации у пациентов чаще присутствовали размышления, которые сопровождались реальными действиями к лечению (см. табл. 2).

При негативной мотивации на лечение у пациентов были значимы предварительные размышления об изменении зависимого поведения. Возможно, такие больные отчасти признавали присутствие у них проблем алкоголизации, но, по сути, не были обеспокоены ими. Окружающие лица, видя их зависимое поведение, пытались обратить внимание больных на наличие этих проблем, но те практически не реагировали на это и считали, что убедительных причин для изменения зависимого от алкоголя поведения у них нет. На этой стадии психотерапевту необходимо обучить пациентов снимать начальные проявления влечения к алкоголю и подавлять негативные эмоции, на фоне которых раньше возникали рецидивы. Таким образом, с возрастанием уровня мотивации на лечение наблюдается достоверный рост показателей действенных компонент мотивации.

Данные показателей жизнестойкости по А. Антоновскому в группах с различным уровнем мотивации на лечение, представленные в табл. 3, демонстрируют достоверное ($p < 0,05$) снижение постижимости и стрессоустойчивости в группах с негативной мотивацией на лечение. В группе со средней мотивацией на лечение преобладали, по сравнению с группой с низкой мотивацией, респонденты с высокой стрессоустойчивостью (32,3 и 11,8 % соответственно), а в группе с низкой мотивацией преобладали респонденты со средней и низкой стрессоустойчивостью. Приведенные данные свидетельствуют о наличии прямой и сильной связи мотивации на лечение с уровнем стрессовой устойчивости.

Таблица 3

Показатели чувства связности по А. Антоновскому у больных алкоголизмом при разных уровнях мотивации на лечение, ($M \pm m$) балл

Показатель чувства связности	Уровень мотивации		p
	негативный	неустойчивый	
Осмысленность (ME)	17,6 ± 0,8	19,8 ± 0,7	= 0,06
Постижимость (С)	18,8 ± 0,8	21,6 ± 0,8	< 0,05
Контроль ситуации (МА)	17,1 ± 1,0	18,0 ± 0,8	
Суммарный (стрессоустойчивость)	53,5 ± 1,9	59,4 ± 1,5	< 0,05
высокий, n (%)	2 (11,8)	10 (32,2)	
средний, n (%)	13 (76,6)	20 (64,5)	
низкий, n (%)	2 (11,8)	1 (3,2)	

Структура целеполагания на лечение в мотивационных группах представлена на рис. 1. Установлено, что с усилением мотивации на лечение существенно ($p < 0,05$) снижается доля пациентов, посетивших лечебное учреждение для временного отказа от приема алкоголя (с 29,4 % до 16,1 %). В группе с низкой (негативной) мотивацией присутствует даже один человек, имеющий целью выработать контроль над дозой и частотой употребления алкоголя.

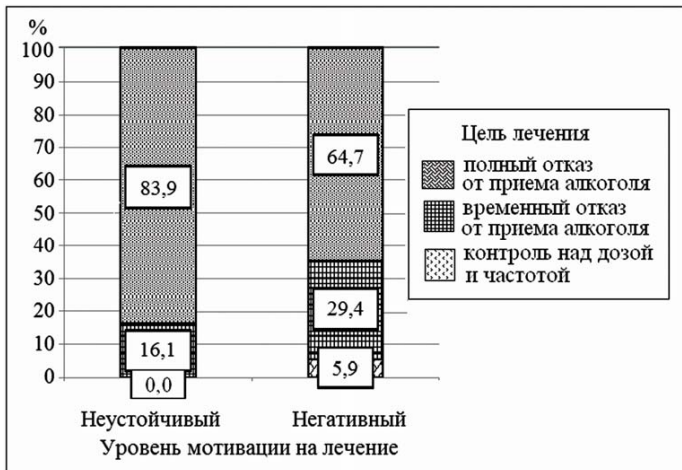


Рис. 1. Структура целей лечения при различных уровнях мотивации на лечение

В группах пациентов МИРВЧ как с негативной, так и с неустойчивой мотивацией преобладали лица, целью лечения которых был полный отказ от употребления алкоголя. В группе с неустойчивой мотивацией эти пациенты составили 83,9 %, в группе с негативной мотивацией таких лиц оказалось 64,7 %. Таким образом, лечебные цели, которые для себя определили пациенты, достоверно связаны с уровнем мотивации на лечение, или, другими словами, об уровне мотивации на лечение можно судить по тем целям, которые сформулировал для себя пациент. Чем серьезнее цель лечения больного, тем выше его мотивационный потенциал.

К когнитивным предикторам мотивации на лечение относятся шкалы «признание болезни» и «двойственное отношение к болезни» теста SOC-RATES [12], а также эффективность воздержания от употребления алкоголя по опроснику оценки самооффективности воздержания от употребления алкоголя [13].

Высокий балл по шкале «признание болезни» означает, что пациент осведомлен о своих проблемах, связанных с употреблением алкоголя, стремится к переменам и считает, что все проблемы будут продолжаться, если он сам не изменится.

Низкий балл по этой шкале означает, что пациент не связывает возникновение у себя серьезных проблем с употреблением алкоголя, отвергает такие диагностические определения, как «проблемы пьющего» и «алкоголик», и не выражает стремления к переменам.

Высокий балл по шкале «двойственное отношение к болезни» теста SOCRATES отражает двойственность или неуверенность больных в своем состоянии: их посещают мысли о необходимости контролирования выпивки, они временами признают, что пьют слишком много, при этом наносят ущерб себе и другим людям. Такой характер мыслей обычно бывает сильно выражен при неустойчивой мотивации.

Низкие баллы по этой шкале означают, что больные не сомневаются в том, что с ними происходит. Они или уверены, что пить умеют и нет у них никаких проблем с употреблением алкоголя, или что они алкоголики и обязательно нужно лечиться.

Результаты исследования признания болезни и двойственного отношения к болезни теста SOCRATES в группах пациентов с различными уровнями мотивации на лечение представлены на рис. 2–3.

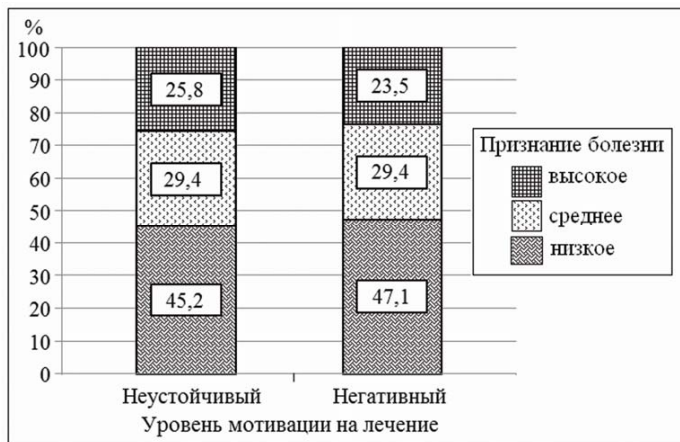


Рис. 2. Распределение пациентов с различным уровнем мотивации на лечение по степени признания своего состояния как болезни

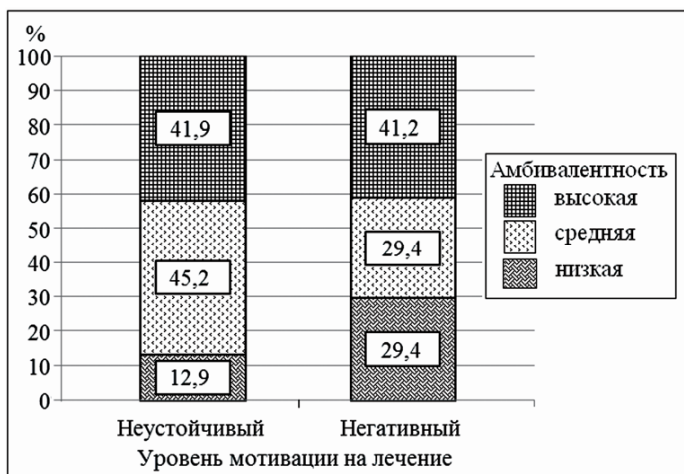


Рис. 3. Распределение пациентов с различным уровнем мотивации на лечение по степени выраженности амбивалентного отношения к болезни

Данные рис. 2 демонстрируют рост манифестации осознанных отношений к болезни с ростом уровня мотивации к лечению, проявляющихся по шкале «признание болезни». Высокий уровень «признания болезни» (более 70 децилей) установлен у 25,8 % в группе лиц со средней мотиваци-

ей на лечения и у 23,5 % больных в группе с низкой или отрицательной мотивацией.

По шкале «двойственное отношение к болезни» (рис. 3) уровень низко выраженной амбивалентности (менее 30 децилей) установлен у 29,4 % больных в группе лиц с негативной мотивацией. В группе со средней мотивацией по этой же шкале показатель низко выраженной амбивалентности наблюдался только у 12,9 % больных ($p < 0,05$).

Результаты исследования самоэффективности воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем в изучаемых группах пациентов представлены в табл. 4. Оказалось, что с ростом уровня мотивации на лечение у пациентов существенно увеличиваются ($p < 0,05$) желание воздержания от употребления алкоголя и необходимость воздержания. Показатель шкалы «Непонимание риска рецидива» с ростом уровня мотивации достоверно снижается ($p < 0,05$). Полученные результаты могут служить психотерапевтическими мишенями при проведении лечения.

Таблица 4

Показатели воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем, (M ± m) балл

Показатель воздержания	Уровень мотивации		p <
	негативный	неустойчивый	
Желание воздержания	4,4 ± 0,6	5,2 ± 0,4	0,05
Необходимость воздержания	5,4 ± 0,5	6,2 ± 0,3	0,05
Трудность воздержания	3,2 ± 0,4	3,0 ± 0,4	
Желание помощи от других при воздержании	3,9 ± 0,7	3,6 ± 0,4	
Непонимание риска рецидива	5,3 ± 0,5	4,5 ± 0,5	0,05

Работа над проблемой решения алкоголизации оценивалась по третьей шкале теста SOCRATES – настойчивость (активность). Высокие баллы по этой шкале означают, что пациенты уже делают шаги к решению алкогольной проблемы, и, возможно, испытали некоторый успех в этом отношении. Изменение идет полным ходом, и больные могут хотеть, чтобы трезвость сохранилась и предотвратила отступление от намеченной цели, что указывает на возможный успех в решении проблемы. Низкие баллы означают, что в настоящее время больные не делают ничего для изменения их привычек в употреблении алкоголя или не достигли определенного прогресса в этом направлении.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ предикторов и компонентов мотивов на лечение, а также установление уровня стрессоустойчивости у лиц, обратившихся за психотерапевтической помощью в Международный институт резервных возможностей человека (Санкт-Петербург), показал, что стрессоустойчивость, оценка которой проведена по методике А. Антоновского, находится на среднем уровне.

Мотивация на лечение имеет достаточно сложную структуру, которую можно представить на двух уровнях: негативный (низкий) уровень и неустойчивый (средний). Негативный уровень характеризуется нежеланием лечиться, порывами продолжить контролируемое употребление алкоголя в будущем, внешней регуляцией поведения, пассивностью в процессе лечения и непониманием риска рецидивов. Неустойчивый уровень характеризуется сочетанием противоречивых мотивов по отношению к употреблению алкоголя, их неустойчивостью, но это уже начало в поиске помощи в решении проблемы, которую еще не полностью осознают, но при этом уже понимают, что решить ее самостоятельно вряд ли получится.

Ценностно-смысловыми предикторами мотивации к лечению у больных зависимых от алкоголя являются: при низком уровне – отсутствие осознанных целей лечения, направленность на контролируемый или временный отказ приема алкоголя, при среднем уровне – выбор целей лечения в основном как полного отказа от употребления алкоголя.

Когнитивными предикторами мотивации к лечению у больных алкоголизмом являются: при негативном уровне – слабое понимание и осознание болезни, низкий уровень амбивалентного отношения к ней, умеренная самоэффективность воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем. При среднем уровне – признание наличия болезни с выраженным амбивалентным отношением к ней, в сочетании со средней самоэффективностью воздержания от употребления алкоголя в ближайшем будущем.

Степень выраженности активности существенно выше у больных со средним уровнем на лечение и выражается в основном в работе над собой и надежде, что все получится и мечта стать трезвенником сбудется.

Уровень мотивации к лечению зависит от уровня жизнестойкости: чем выше уровень стрессоустойчивости пациента, тем сильнее его желание решать проблемы, связанные с употреблением алкоголя, через психотерапевтическую помощь и тем выше у него осознанность своего состояния и своего заболевания.

Литература

1. Колпаков Я.В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2010. – 25 с.
2. Осин Е.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологич. диагностика. – 2007. – № 3. – С. 22–40.
3. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. – 2009. – № 6. – С. 68–76.
4. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактика зависимости от психоактивных веществ // Материалы I Рос. нац. конгр. по наркологии. – М. : ННЦ наркологии, 2009. – С. 225–226.
5. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. – San Francisco : Jossey-Bass. 1979.
6. Antonovsky A., Bernstein J. Pathogenesis and Salutogenesis in War and Other Crises: Who Studies the Successful Copier? // Stress and coping in time of war: gene ralizations from the Israeli experience / Ed. N.A. Milgram. – N.Y. : Brunner/Mazel. 1986. – P. 52–65.
7. Field C.A., Adinoff B., Harris T.R. [et al.]. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: data from two multi-site clinical trials // *Drug Alcohol Dependence*. – 2009. – Vol. 101, N 1/2. – P. 115–123.
8. Goda Tikniūtė Pacientų sergančių priklausomybe nuo alkoholio vidinė darna ir motyvacija gydytis // 27th ECNP Congress of Applied and Translational Neuroscience. – Berlin, 2014.
9. Goldbeck R., Myatt P., Aitchison T. End of treatment self-efficacy coping: a predictor of abstinence // *Addiction*. – 1997. – Vol. 92, N 3. – P. 313–324.
10. McConaughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W.F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 1983. – N 20. – P. 368–375.
11. Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) // *Psychol. of Add. Beh.* – 1996. – Vol. 10, N 2. – P. 81–89.
12. Mittelmark M.B., Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research // *Global Health Promotion*. – 2013. – Vol. 20, N 2. – P. 30–38.
13. Prochaska, J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors // *Progress in Behavior Modification* / Eds.: Hersen M., Eisler R.M., Miller W.M. – Sycamore, PL, 1992. – P.184–214.
14. Silva J.V., Castro V., Laranjeira R., Figlie N.B. High mortality, violence and crime in alcohol dependents: 5 years after seeking treatment in a Brazilian underprivileged suburban community // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. – 2012. – Vol. 34, N 2. – P.135–142.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 15.07.2016

Для цитирования. Мильчакова В.А., Григорьев С.Г., Мизерас С., Мизерене Р. Чувство связности и уровень мотивации на лечение у больных алкоголизмом // Вестн. психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 98–112.

**SENSE OF CONNECTEDNESS AND LEVEL OF MOTIVATION FOR TREATMENT
IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM**

Milchakova V.A.^{1,2}, Grigorev S.G.³, Mizeras S.², Mizerene R.⁴

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov

(Russia, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya Str., 41);

²International Institute of Human Potential Abilities

(Russia, 194352, St. Petersburg, Pridorozhnaya alley, 11);

³Kirov Military Medical Academy

(Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6);

⁴Psychotherapy office

(The Republic of Lithuania, 97001, Kretinga, Kyastuchio Str., 18)

Valentina Aleksandrovna Mil'chakova – PhD Psychol. Sci., Associate Professor, Associate Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Russia, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya Str., 41), clinical psychologist, International Institute of Human Potential Abilities (Russia, 194352, St. Petersburg, Pridorozhnaya alley, 11), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Stepan Grigoryevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Senior Research Associate of the research center of Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Saulius Mizeras – PhD Psychol. Sci., psychiatrist, clinical psychologist, International Institute of Human Potential Abilities (Russia, 194352, St. Petersburg, Pridorozhnaya alley, 11), e-mail: sauliusm@yandex.ru;

Ruta Mizerene – Dr. Med. Sci., psychiatrist, Director of Psychotherapy Office (the Republic of Lithuania, 97001, Kretinga, Kyastuchio Str., 18), e-mail: meshkelis@yandex.ru.

Abstract. The results of the psychological examination of 48 patients with alcohol dependence (F10.2 according to ICD-10) who sought help at the International Institute of Human Reserve Opportunities (St. Petersburg) are provided. Alcohol withdrawal syndrome developed during (4.5 ± 0.5) years on average. Average index of connectedness or stress resilience was established by A. Antonovsky method. Motivation for treatment turned out to depend on the vitality level: the higher the level of stress resilience, the greater the desire to solve alcohol-associated problems via psychotherapy, and the greater awareness of own condition and disease.

Keywords: medical (clinical) psychology, salutogenesis theory, a sense of connectivity, motivation, psycho-diagnostics, addiction, alcoholism.

References

1. Kolpakov Ya.V. Ctruktura i uroven' motivatsii na lechenie u zhenshchin, zavisimyykh ot alkogolya [Structure and motivation for treatment in women addicted to alcohol]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2010. 25 p. (In Russ.)
2. Osin E.N. Chuvstvo svyaznosti kak pokazatel' psikhologicheskogo zdorov'ya i ego diagnostika [The sense of connectedness as an indicator of mental health and its diagnosis]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnosis]. 2007. N 3. Pp. 22–40. (In Russ.)
3. Yaltonskii V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii k lecheniyu zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [The theoretical model of motivation to treat substance dependence]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2009. N 6. Pp. 68–76. (In Russ.)
4. Yaltonskii V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii na lechenie i profilaktika zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [The theoretical model of motivation for treatment and prevention of substance dependence]. *Materialy I Rossiiskogo natsional'nogo kongressa po narkologii* [Proceedings of I Russian national congress on narcology]. Moskva. 2009. Pp. 225–226. (In Russ.)
5. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Francisco : Jossey-Bass. 1979.
6. Antonovsky A., Bernstein J. Pathogenesis and Salutogenesis in War and Other Crises: Who Studies the Successful Coper? Stress and coping in time of war: gene ralizations from the Israeli experience. Ed. N.A. Milgram. N.Y. : Brunner/Mazel. 1986. Pp. 52–65.
7. Field C.A., Adinoff B., Harris T.R. [et al.]. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: data from two multi-site clinical trials. *Drug Alcohol Dependence*. 2009. Vol. 101, N 1/2. Pp. 115–123.
8. Goda Tikniūtė Pacientų sergančių priklausomybe nuo alkoholio vidinė darna ir motyvacija gydytis. *27th ECNP Congress of Applied and Translational Neuroscience*. Berlin. 2014.
9. Goldbeck R., Myatt P., Aitchison T. End of treatment self-efficacy coping: a predictor of abstinence. *Addiction*. 1997. Vol. 92, N 3. Pp. 313–324.
10. McConaughy E.N., Prochaska J.O., Velicer W.F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1983. N 20. Pp. 368–375.
11. Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol. of Add. Beh.* 1996. Vol. 10, N 2. Pp. 81–89.
12. Mittelmark M.B., Bull T. The salutogenic model of health in health promotion research. *Global Health Promotion*. 2013. Vol. 20, N 2. Pp. 30–38.
13. Prochaska, J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*. Eds.: Hersen M., Eisler R.M., Miller W.M. Sycamore, PL, 1992. Pp.184–214.
14. Silva J.V., Castro V., Laranjeira R., Figlie N.B. High mortality, violence and crime in alcohol dependents: 5 years after seeking treatment in a Brazilian underprivileged suburban community. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012. Vol. 34, N 2. Pp. 135–142.

Received 15.07.2016

For citing. Milchakova V.A., Grigorev S.G., Mizeras S., Mizerene R. Chuvstvo svyaznosti i uroven' motivatsii na lechenie u bol'nykh alkogolizmom. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 59. Pp. 98–112. **(In Russ.)**

Milchakova V.A., Grigorev S.G., Mizeras S., Mizerene R. Sense of connectedness and level of motivation for treatment in patients with alcoholism. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 59. Pp. 98–112.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЖБ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Городская клиническая больница № 15
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Авангардная, д. 4)

Приведены результаты психофизиологической оценки сочетанного применения аудиовизуального воздействия, релаксирующего массажа и программируемой саморегуляции для коррекции функционального статуса у 45 врачей-хирургов экстренных служб в период профессиональной деятельности. С помощью многомерного факторного анализа выявлены психофизиологические механизмы и особенности функционального статуса до и после комплексной коррекции нервно-психического состояния и функциональных резервов организма у врачей хирургов. На основе этого сделан вывод о целесообразности внедрения психофизиологической коррекции нервно-психического состояния и функциональных резервов организма у врачей-хирургов многопрофильных учреждений с помощью аудиовизуального воздействия, релаксирующего массажа и программируемой саморегуляции.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, врач-хирург, нервно-психическое состояние, функциональные резервы, психологическая диагностика, психофизиологическая коррекция, аудиовизуальное воздействие, релаксирующий массаж, психическая саморегуляция.

Введение

Высокая ответственность и значимость труда врачей-хирургов экстренных служб (приемных отделений, отделений экстренной хирургической помощи) многопрофильных учреждений и стационаров приводят к

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

Салсанов Руслан Тимурович – врач-хирург отд-ния Гор. клинич. больницы № 15 (Россия, 198205, Санкт-Петербург, ул. Авангардная, д. 4), e-mail: gusart.san@inbox.ru;

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

профессиональной дезадаптации и ухудшению качества жизни [4, 5]. Первым этапом воздействия негативных условий и стресс-факторов являются нарушения нервно-психического состояния у врачей [2], снижение их работоспособности, функциональных резервов организма и уменьшение профессионального долголетия [2, 3]. Это определяет высокую социальную значимость и необходимость постоянного совершенствования системы, средств и способов оценки и психофизиологической коррекции нервно-психического состояния и функциональных резервов организма у врачей хирургов экстренных служб, в том числе в период дежурств.

Имеющиеся данные указывают на эффективность различных приемов психофизиологической коррекции [1, 2, 8, 10]. Однако не все из них могут быть использованы в период дежурств врачей хирургов экстренных служб, выполняющих срочные оперативные вмешательства или находящиеся в период дежурства в состоянии готовности к их выполнению.

С учетом сложных экономических условий приоритет должен быть дан применению наиболее эффективных и краткосрочных методов психофизиологической коррекции [8]. В настоящее время в практике профилактической медицины широко используется психофизиологическая (аудиовизуальная) аппаратура, обладающая рядом преимуществ (практичность, портативность, стандартизация и многокомпонентность воздействия и др.) [1]. Имеются данные об эффективности релаксирующего массажа и программируемой саморегуляции для коррекции психосоматических нарушений у военнослужащих и спортсменов [8, 10].

Цель исследования – обоснование психофизиологических механизмов сочетанного применения аудиовизуального воздействия (АВ), релаксирующего массажа (РМ) и психологической саморегуляции (ПР) для коррекции функционального статуса у врачей-хирургов экстренных служб.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 45 врачей хирургов экстренных служб многопрофильного стационара, у которых до и после 5 суток профессиональной деятельности, включавшей не менее 2-суточных дежурств, провели психофизиологическое обследование.

В экспериментальной группе (ЭГ, n = 20) для психофизиологической коррекции использовали АВ (по 3-4 сеанса в период дежурства длительностью каждый по 10 мин), РМ (по 3-4 сеанса в период дежурства длительностью по 10 мин) и ПР (не менее 30 сеансов ежедневно). Воздействие в ЭГ было названо нами как комплексное.

В контрольной группе (КГ, n = 25) – использовали только общепринятые во врачебной среде мероприятия восстановления работоспособности (кратковременный отдых или сон, прием чая, кофе, прослушивание музыкальных композиций, просмотр телепередач), которые также применяли врачи основной группы.

Выборки были рандомизированы по полу, возрасту, врачебной нагрузке, врачебным специальностям, количеству суточных дежурств, психосоматическому статусу, состоянию здоровья (группа состояния здоровья). На проведение психофизиологической коррекции было получено информированное согласие врачей.

Функциональный статус оценили с помощью клинико-физиологической методики (КФМ), по которой судили о выраженности нарушений нервно-психического состояния и эффективности реабилитации (индекс тяжести состояния, индекс восстановления) [8], а также психофизиологических тестов:

- теста «самочувствие–активность–настроение» (САН), сокращенный вариант;

- шкалы реактивной тревожности (ШРТ) Спилбергера–Ханина, сокращенный вариант);

- модифицированный вариант попарных сравнений цветового теста Люшера (ЦТ);

- проб Штанге (задержка дыхания на вдохе) и Генча (задержка дыхания на выдохе), методики сенсомоторной диагностики функционального состояния ЦНС по Т. Лоскутовой (ДФС ЦНС, показатели: среднее время реакции, модальное время реакции, устойчивость реакций – концентрация внимания, максимальная частота – скорость мыслительных операций, уровень функциональных возможностей ЦНС, функциональное состояние ЦНС) и теста реакции на движущийся объект (РДО, показатели: среднее время реакции, количество точных реакций) [6, 7].

АВ осуществляли с помощью портативного программно-аппаратного комплекса «Мираж-М», который выпускается серийно, разрешен для личного (бытового) применения, имеет гигиенический сертификат. В состав комплекса входят специальные очки, наушники, аппаратные средства, общее и специальное программное обеспечение [1, 10].

Для РМ использовали массажер «MEDISANA», который выпускается серийно в виде накидки на кресло и обеспечивает вибрационный массаж спины с ее инфракрасным прогревом. Аппарат имеет 4 массажных вращающихся головки, защиту от перегрева, предназначен для работы в офис-

ных помещениях и бытового применения. Массажер прост в обслуживании и практичен в использовании.

Методика ПР включала перечень из 10 базовых утверждений, который необходимо было многократно ежедневно проговаривать (прочитать) [8].

Статистическую обработку данных провели с использованием стандартных методов математической статистики (расчет параметров вариационного ряда, t-критерий Стьюдента, факторный анализ), включенных в статистические пакеты SPSS 17.0 и Excel XP [9].

Как известно, факторный анализ представляет собой преобразования с матрицей интеркорреляций исходных (первичных) переменных. В результате «вращения» этой матрицы каждая измеренная переменная обрабатывает «весом» своих корреляционных связей, что позволяет затем ранжировать все переменные по «весу», который они имеют в структуре всех переменных. Общий вес (суммарная дисперсия, СД) всех переменных при получении каждого «фактора» измеряется в виде общей дисперсии в относительных величинах – процентах. Интерпретация (название) фактора определяется на основе авторского подхода и доминирующих «весов» переменных. Анализ проводился с использованием метода главных компонент [9].

Результаты и их анализ

Исходные (фоновые) показатели функционального статуса в ЭГ и КГ свидетельствовали о наличии нарушений в нервно-психическом состоянии у врачей-хирургов. По данным психологического и психофизиологического обследования, отмечались повышенная раздражительность, неустойчивость (снижение, перепады) настроения, уменьшение скорости и точности психомоторных реакций, повышенная физическая утомляемость. Результаты психофизиологических методик свидетельствовали об оптимальном уровне функциональных резервов организма в обеих группах врачей-хирургов. При этом фоновые показатели в КГ и ЭГ не отличались.

Результаты психофизиологического обследования в КГ после 5 сут профессиональной деятельности указывали на статистически достоверное снижение ряда показателей, что отражало нарушения нервно-психического статуса и снижение функциональных резервов организма (табл. 1).

Таблица 1

Показатели обследования врачей-хирургов в период коррекции функционального статуса ($M \pm m$)

Показатель (методика)	ЭГ		КГ	
	До	После	До	После
Клинико-физиологические показатели (КФМ)				
Индекс выраженности нарушений	70,1 ± 4,8	63,2 ± 4,6*	71,3 ± 4,6	30,9 ± 4,6*
Индекс восстановления	29,9 ± 4,8	40,4 ± 4,7	30,1 ± 5,0	69,2 ± 4,8*
Нервно-психическое (эмоциональное) состояние				
Самочувствие (САН)	2,2 ± 0,3	2,11±0,32	2,6 ± 0,5	3,5 ± 0,5*
Активность (САН)	2,3 ± 0,3	2,2 ± 0,3	2,3 ± 0,3	3,3 ± 0,3*
Настроение (САН)	2,1 ± 0,3	2,0 ± 0,3	2,4 ± 0,3	4,0 ± 0,2*
Реактивная тревожность (ШРТ)	15,8 ± 1,5	18,7 ± 1,8*	18,1 ± 3,5	11,2 ± 2,5*
Суммарное отклонение (ЦТ)	15,2 ± 1,2	17,9 ± 1,1*	18,3 ± 2,5	12,2 ± 2,7*
Вегетативный коэффициент (ЦТ)	1,3 ± 0,3	1,3 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,9 ± 0,2*
Эмоциональный стресс (ЦТ)	7,7 ± 0,4	8,2 ± 0,2	8,2 ± 0,4	7,6 ± 0,4
Психическое утомление (ЦТ)	9,3 ± 0,5	9,2 ± 0,6	9,7 ± 0,4	8,9 ± 0,5
Психическое напряжение (ЦТ)	7,3 ± 0,5	8,1 ± 0,4	7,5 ± 0,5	6,3 ± 0,7
Тревога (ЦТ)	8,2 ± 0,9	8,8 ± 1,1	9,1 ± 0,5	8,4 ± 0,4
Физическая работоспособность и функциональные резервы				
Работоспособность (ЦТ)	2,7 ± 0,3	2,5 ± 0,4	2,8 ± 0,4	3,8 ± 0,4*
Проба Штанге	44,2 ± 2,7	36,7 ± 2,6*	45,2 ± 2,4	54,5 ± 2,6*
Проба Генча	33,6 ± 2,3	29,6 ± 1,5	31,3 ± 2,1	41,7 ± 1,5*
Когнитивные функции (ДФС-ЦНС)				
Устойчивость реакций – концентрация внимания	-0,7 ± 0,1	0,1 ± 0,1*	-0,7 ± 0,3	0,6 ± 0,2*
Скорость мыслительных операций	9,3 ± 2,5	8,5 ± 2,7	8,7 ± 2,2	12,5 ± 1,8*
Психомоторные реакции и функциональные резервы ЦНС (ДФС-ЦНС)				
Количество точных реакций (РДО)	3,8 ± 0,5	4,9 ± 0,5*	3,6 ± 0,5	4,8 ± 0,6*
Среднее время реакции	632 ± 45	421 ± 45*	651 ± 60	791 ± 61*
Модальное время реакции	506 ± 55	386 ± 56	480 ± 55	516 ± 61
Уровень функциональных возможностей ЦНС	1,7 ± 0,4	2,4 ± 0,4*	1,8 ± 0,3	1,1 ± 0,3*
Функциональное состояние ЦНС	2,1 ± 0,4	3,2 ± 0,4*	2,4 ± 0,4	1,9 ± 0,3

* Различия по сравнению с фоном в группе при $p < 0,05$.

В ЭГ после комплексной психофизиологической коррекции показатели методик указывали на нормализацию нервно-психического состояния и восстановление функциональных резервов организма у врачей-хирургов

экстренных служб (см. табл. 1). Следовательно, сочетанное применение АВ, РМ и ПР для комплексной психофизиологической коррекции у врачей-хирургов в ЭГ способствует статистически достоверной оптимизации клинико-физиологических показателей, характеризующих снижение выраженности их нарушений и повышение их восстановления, а также данных, характеризующих нервно-психическое (эмоциональное) состояние, физическую работоспособность, когнитивные функции, психомоторные реакции и функциональные резервы ЦНС.

Следующий этап исследования был посвящен выявлению психофизиологических механизмов и закономерностей изменения нервно-психического статуса и функциональных резервов организма до и после комплексной психофизиологической коррекции у врачей-хирургов. Для этого был использован многомерный факторный анализ.

Факторный анализ фоновых (исходных) клинико-физиологических и психофизиологических показателей у врачей-хирургов до проведения психофизиологической коррекции позволил выделить 3 основных фактора, СД которых составила 78,5 % (табл. 2).

Таблица 2

Результаты факторного анализа показателей функционального статуса в группе врачей-хирургов до проведения комплексной психофизиологической коррекции

Фактор и СД	Показатель (методика)	Факторная нагрузка
F _{1д} (нарушения эмоциональной сферы), СД – 31,1 %	Неустойчивость настроения (КФМ)	0,7915
	Повышенная раздражительность (КФМ)	0,7813
	Самочувствие (САН)	0,7295
	Психическое напряжение (ЦТ)	0,6792
	Количество точных реакций (РДО)	–0,6065
	Индекс выраженности нарушений (КФМ)	0,5465
F _{2д} (психофизиологические резервы), СД – 29,3 %	Активность (САН)	0,8084
	Работоспособность (ЦТ)	0,7343
	Устойчивость реакций (ДФС-ЦНС)	0,6481
	Среднее время реакции (ДФС-ЦНС)	0,6276
	Задержка дыхания (проба Генча)	–0,5769
	Индекс восстановления (КФМ)	–0,5145
F _{3д} (психическая утомляемость), СД – 18,1 %	Повышенная умственная утомляемость (КФМ)	0,7814
	Психическое утомление (ЦТ)	0,7709
	Повышенная физическая утомляемость (КФМ)	0,7021
	Снижение скорости и точности психомоторных реакций (КФМ)	0,6583
	Кардиалгия (КФМ)	0,6134
	Устойчивость реакций (ДФС-ЦНС)	–0,5659

Наиболее значимым из полученных оказался фактор нарушений эмоциональной сферы, объединивший 7 переменных, что подтверждает высокую степень интегрированности структуры (см. табл. 2). $F_{1д}$ позволяет отметить, что функциональный статус врачей-хирургов до проведения реабилитации характеризуется нарушениями нервно-психического состояния, которые проявляются в неустойчивости настроения, повышенной раздражительности, повышенной умственной утомляемости, психическим напряжением, снижением самочувствия и уравновешенности нервных процессов (см. табл. 2).

$F_{2д}$ объединял 6 переменных и характеризовал достаточный уровень выраженности психофизиологических резервов у врачей-хирургов, что обобщает по смыслу входящие в него переменные, характеризующие активность, работоспособность, когнитивные функции (концентрация внимания) и скорость психомоторных реакций. Однако функциональные резервы кардио-респираторной системы и восстановительный (реабилитационный) потенциал клинико-физиологических показателей (индекс восстановления по ДФС-ЦНС) имеют тенденцию к снижению.

$F_{3д}$ сгруппировал 6 переменных и был назван фактором психической утомляемости, что обобщает по смыслу все входящие в него переменные.

Факторы, выявленные в группе врачей хирургов до проведения комплексной психофизиологической коррекции, отражают наиболее общие закономерности их функционального статуса: на фоне оптимально выраженных психофизиологических показателей установлены неустойчивость настроения, раздражительность, умственная утомляемость, сниженные функциональные резервы кардио-респираторной системы и клинико-физиологических показатели восстановительного потенциала, что определяло необходимость проведения психофизиологической коррекции в период профессиональной деятельности.

После проведения комплексной психофизиологической коррекции у врачей-хирургов также были выделены 3 основных фактора (табл. 3), СД которых, характеризующая полноту и достоверность их общности, составила 84 %, что свидетельствует о тенденциях более высокой интегрированности по сравнению с факторной структурой психофизиологических показателей до проведения комплексной психофизиологической коррекции (см. табл. 2).

Таблица 3

Результаты факторного анализа показателей функционального статуса в группе врачей-хирургов после проведения комплексной коррекции

Фактор и СД	Показатель (методика)	Факторная нагрузка
F _{1П} (психофизиологические резервы), СД – 38,3 %	Работоспособность (ЦТ)	0,8311
	Скорость мыслительных операций (ДФС-ЦНС)	0,8214
	Модальное время реакции (ДФС-ЦНС)	0,8015
	Задержка дыхания (проба Штанге)	0,7814
	Активность (САН)	0,7671
	Индекс восстановления (КФМ)	0,6376
	Реактивная тревожность (ШРТ)	0,5013
F _{2П} (нормализация нервно-психического статуса), СД – 27,7 %	Настроение (САН)	0,8514
	Работоспособность (ЦТ)	0,8343
	Индекс восстановления (КФМ)	0,8247
	Психическое напряжение (ЦТ)	-0,7965
	Скорость реакций (ДФС-ЦНС)	0,6565
	Повышенная раздражительность (КФМ)	-0,5760
F _{3П} (восстановление функционального состояния ЦНС), СД – 18,1 %	Уровень функциональных возможностей ЦНС (ДФС-ЦНС)	0,8041
	Количество точных реакций (РДО)	0,7654
	Устойчивость реакций (ДФС-ЦНС)	-0,7384
	Активность (САН)	0,5524

F_{1П} – наиболее мощный фактор (СД 38 %) включал 7 основных переменных, что указывает на достаточно высокую степень интегрированности структуры, и был назван фактором «психофизиологические резервы», так как в него вошли 5 из 7 ранее включенных в F_{2Д} (см. табл. 2) психофизиологических показателей, характеризующих нервно-психическое состояние и функциональные резервы врачей-хирургов до проведения психофизиологической коррекции. Этот фактор является ведущим в структуре факторов у врачей-хирургов и позволяет описать их нервно-психическое состояние после комплексной психофизиологической коррекции такими характеристиками, как работоспособность, активность, снижение реактивной тревожности, интеллектуальная эффективность (скорость мыслительных операций), психомоторная устойчивость (время реакции), достаточные резервы кардиореспираторной системы, восстановление нарушений клинико-физиологических показателей (индекс восстановления по ДФС-ЦНС).

F_{2П} (СД 28 %) объединял 6 переменных и был назван фактором «нормализация нервно-психического статуса», что обобщает по смыслу все вошедшие в него переменные и позволяет оценить нервно-психический статус врачей-хирургов после психофизиологической коррекции через та-

кие показатели как хорошее настроение, работоспособность, восстановление нервно-психического (эмоционального) состояния, снижение психического напряжения и раздражительности, увеличение силы возбудительного процесса и скорости психомоторных реакций.

F_{3П} (СД 18 %) объединял 5 основных переменных и был назван фактором «восстановление функционального состояния ЦНС», что обобщает по смыслу все вошедшие в него переменные и позволяет отметить позитивную динамику психофизиологических резервов ЦНС, нормализацию функционального состояния ЦНС врачей-хирургов после проведения комплексной психофизиологической коррекции (см. табл. 3).

Факторы, выявленные в группе врачей-хирургов после проведения комплексной психофизиологической коррекции, отражают наиболее общие закономерности влияния сочетанного применения курсов АВ, РМ и ПР на восстановление нервно-психического статуса и функциональных резервов организма врачей-хирургов экстренных служб.

Далее был проанализирован качественный состав выявленных факторов у врачей-хирургов до и после комплексной психофизиологической коррекции (табл. 4).

По содержательному контексту до проведения комплексной психофизиологической коррекции у врачей-хирургов были выделены факторы, отражающие нарушения нервно-психического (эмоционального) состояния, физической работоспособности, которые характеризуют наиболее общие закономерности нарушений их нервно-психического статуса, физической работоспособности и функциональных резервов организма как с позитивных позиций (наличие психофизиологических ресурсов), так и с негативных (возникновение различных нарушений кардио-респираторной системы и других клинико-физиологических показателей) на фоне профессиональной деятельности.

Таблица 4
Качественный состав факторов функционального статуса у врачей-хирургов

Фактор и СД	
До комплексной коррекции	После комплексной коррекции
F _{1Д} (нарушения эмоциональной сферы), 7 переменных, СД – 31,1 %	F _{1П} (психофизиологические резервы), 7 переменных, СП – 38,3 %
F _{2Д} (психофизиологические резервы), 6 переменных, СП – 29,3 %	F _{2П} (нормализация нервно-психического статуса), 6 переменных, СД – 27,7 %
F _{3Д} (психическая утомляемость), 6 переменных, СД – 18,1 %	F _{3П} (восстановление функционального состояния ЦНС), 5 переменных, СД – 18,1 %
Общая СД – 78,5 %	Общая СД – 84,1 %

Факторная структура показателей после проведения комплексной психофизиологической коррекции в группе врачей-хирургов на уровне тенденции обладает более высокой степенью интегрированности, что подтверждает объединение переменных в 3 фактора с суммарной дисперсией 84,1 %, тогда как до коррекции аналогичный показатель дисперсии составил 78,5 %.

Таким образом, факторный анализ функционального статуса позволил выявить наиболее значимые психофизиологические конструкты, детерминирующие нервно-психическое состояние и функциональные резервы организма у врачей-хирургов до и после комплексной психофизиологической коррекции. Факторная структура функционального статуса до коррекции отражала нарушения эмоциональной сферы, психическую утомляемость при достаточном уровне психофизиологических ресурсов. Факторная структура функционального статуса после комплексной психофизиологической коррекции отражала позитивные изменения нервно-психических показателей у врачей хирургов, которые проявлялись в активации психофизиологических резервов и функционального состояния ЦНС, а также в восстановлении клинко-физиологических данных обследования.

Выводы

1. Факторная структура функционального статуса у врачей-хирургов экстренных служб до комплексной психофизиологической коррекции свидетельствует о нарушениях нервно-психического (эмоционального) состояния при достаточном уровне выраженности психофизиологических резервов.

2. Факторная структура функционального статуса у врачей-хирургов после комплексной психофизиологической коррекции указывает на нормализацию нервно-психического состояния, которые проявляются в оптимизации эмоциональной сферы, активации функциональных показателей ЦНС и психофизиологических резервов организма, восстановлении клинко-физиологических нарушений.

3. Для коррекции негативных клинко-физиологических показателей, профилактики нарушений эмоциональной сферы рекомендуется внедрить в практику работы многопрофильных учреждений практичный и эффективный способ – комплексное аудиовизуальное воздействие с помощью комплекса типа «Мираж-М», релаксирующий массаж с помощью на-

кидки на кресло – вибрационного бытового массажера типа «MEDISANA» и методику программируемой саморегуляции.

4. Психологам стационаров, цеховым врачам, специалистам отделений реабилитации рекомендуется проводить занятия с врачебным персоналом по сохранению психосоматического здоровья, использования психофизиологических способов сохранения здоровья и поддержания работоспособности.

Литература

1. Голуб Я.В. Программно-аппаратный комплекс «Мираж» для аудиовизуального воздействия. – СПб., 2006. – 30 с.

2. Евдокимов В.И., Маришук В.Л., Губин А.И. Эмоциональные состояния в экстремальных условиях деятельности и их коррекция // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 26 (31). – С. 56–66.

3. Кулемзина Т.В. Реабилитация врачей с позиций психосоматической медицины // Вестн. новых мед. технологий. [Электронное издание]. – 2015. – Т. 9, № 4. – С. 37. DOI: 10.12737/17072

4. Лепаев Ю.В. Стрессогенные факторы воздействия при профессиональной деятельности у врача-хирурга // Клинич. неврология. – 2012. – № 1. – С. 3–5.

5. Ловчев А.Ю., Ванчакова Н.П., Корячкин В.А. Психологические и психофизиологические характеристики профессиональной дезадаптации и их динамика у анестезиологов-реаниматологов и хирургов // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. Медицина. – 2009. – № 3. – С. 184–189.

6. Психодиагностические методы выявления дезадаптивных нарушений в практике клинических психологов : учеб. пособие / под ред. Рыбникова В.Ю., Чермянина С.В. – СПб. : Айсинг, 2009. – 216 с.

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

8. Савченко С.В. Психофизиологическая коррекция психосоматических нарушений у военнослужащих : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2006. – 40 с.

9. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.

10. Таймазов В.А., Голуб Я.В. Психофизиологическое состояние спортсмена. – СПб. : Олимп-СПб, 2004. – 400 с.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 01.09.2016

Для цитирования. Рыбников В.Ю., Салсанов Р.Т., Гудзь Ю.В. Психофизиологические механизмы и эффективность комплексной коррекции психосоматических нарушений у врачей хирургов экстренных служб // Вестн. психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 113–125.

**PSYCHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF COMPREHENSIVE CORRECTION
OF FUNCTIONAL STATUS IN SURGEONS EMPLOYED IN EMERGENCY SERVICES**

Rybnikov V.Yu.¹, Salsanov R.T.², Gudz' Yu.V.¹

¹Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of
Russia (Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);

²City Clinical Hospital N 15
(Russia, St. Petersburg, 4, Avangardnaya Str.)

Viktor Yur'evich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof., Meritorious
Scientist of Russia, Deputy Director (Science and Education) of the Nikiforov Russian
Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Le-
bedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrccrm.spb.ru;

Ruslan Timurovich Salsanov – surgeon, Department of the City Clinical
Hospital N 15 (Russia, 198205, St. Petersburg, 4, Avangardnaya Str.), e-mail: ru-
sart.san@inbox.ru;

Yurii Vladimirovich Gudz' – PhD Med. Sci., Associate Prof., Head of the De-
partment of Traumatology and Orthopedics of the Nikiforov Russian Center of Emer-
gency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2,
St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrccrm.spb.ru.

Abstract. The article provides results of the psychophysiological assessment of
combined audiovisual exposure, relaxing massage and programmable self-regulation
to correct functional status in 45 surgeons of emergency services during vocational
activities. Using multifactor analysis, physiological mechanisms and features of
functional status were revealed in surgeons before and after comprehensive correction
of mental condition and functional reserves. Based on this, a conclusion was made on
the feasibility of implementing the psychophysiological correction of mental status and
functional reserves in surgeons of multidisciplinary institutions using audiovisual
effects, a relaxing massage and a programmable self-regulation.

Keywords: medical (clinical) psychology, surgeon, neuro-psychological con-
dition, functional reserves, psychological diagnosis, psychophysiological correction,
audiovisual exposure, relaxing massage, mental self-regulation.

References

1. Golub Ya.V. Programmno-apparatnyi kompleks "Mirazh" dlya audiovi-
sual'nogo vozdeistviya [Hardware-software complex "Mirage" for audiovisual effects].
Sankt-Peterburg. 2006. 30 p. (In Russ.)

2. Evdokimov V.I., Marishchuk V.L., Gubin A.I. Emotsional'nye sostoyaniya v
ekstremal'nykh usloviyakh deyatelnosti i ikh korrektsiya [Emotional states during per-
formance under extreme conditions, and their correction]. *Vestnik psikhoterapii* [Bu-
letin of Psychotherapy]. 2008. N 26. Pp. 56–66. (In Russ.)

3. Kulemzina T.V. Reabilitatsiya vrachei s pozitsii psikhosomaticheskoi meditsiny [Doctors' rehabilitation from a position of psychosomatic medicine]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii* : Electronic publishing [Journal of New Medical Technologies]. 2015. Vol. 9, N 4. P. 37. DOI: 10.12737/17072. (In Russ.)

4. Lepaev Yu.V. Stresogennye faktory vozdeystviya pri professional'noi deyatel'nosti u vracha-khirusga [Stressogenic factors in professional activity of a surgeon]. *Klinicheskaya nevrologiya* [Clinical neurology]. 2012. N 1. Pp. 3–5. (In Russ.)

5. Lovchev A.Y., Vanchakova N.P., Koryachkin V.A. Psikhologicheskie i psikhofiziologicheskie kharakteristiki professional'noi dezadaptatsii i ikh dinamika u anesteziologov-reanimatologov i khirusgov [Psychological and psychophysiological characteristics of professional deadaptation and their dynamics in the anesthesiologist-resuscitators and surgeons]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 11. Meditsina* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 11. Medicine]. 2009. N 3. Pp. 184–189. (In Russ.)

6. Psikhodiagnosticheskie metody vyyavleniya dezadaptivnykh narushenii v praktike klinicheskikh psikhologov [Psychodiagnostic methods to identify disorders in the practice of clinical psychologists]. Eds.: Rybnikov V.Yu., Chermnyanin S.V. Sankt-Peterburg. 2009. 216 p. (In Russ.)

7. Rybnikov V.Yu., Zavalishin D.A. Avtomatizirovannaya sistema "Operativnyi kontrol' sostoyaniya" [Automated system "Operational control of the state"]. Sankt-Peterburg. 1991. 51 p. (In Russ.)

8. Savchenko S.V. Psikhofiziologicheskaya korrektsiya psikhosomaticheskikh narushenii u voennosluzhashchikh [Psychophysiological correction of psychosomatic disorders in military]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2006. 40 p. (In Russ.)

8. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii [Methods of mathematical processing in psychology]. Sankt-Peterburg. 2007. 350 p. (In Russ.)

10. Taimazov V.A., Golub Ya.V. Psikhofiziologicheskoe sostoyanie sportsmena [Psychophysiological state of sportsmen]. Sankt-Peterburg. 2004. 400 p. (In Russ.)

Received 01.09.2016

For citing. Rybnikov V.Yu., Salsanov R.T., Gudzh' Yu.V. Psikhofiziologicheskie mekhanizmy i effektivnost' kompleksnoi korrektsii psikhosomaticheskikh narushenii u vrachei khirusgov ekstrennykh sluzhb. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 59. Pp. 113–125. (In Russ.)

Rybnikov V.Yu., Salsanov R.T., Gudzh' Yu.V. Psychophysiological mechanisms of comprehensive correction of functional status in surgeons employed in emergency services. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 59. Pp. 113–125.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Центр охраны репродуктивного здоровья молодежи Адмиралтейского района
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 154 А)

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

Приводятся результаты анализа репродуктивного поведения (в том числе репродуктивных установок) и ценностных ориентаций у 164 девочек-подростков (15–17 лет) города Санкт-Петербурга. Выяснилось, что репродуктивное здоровье подростков зависит от их репродуктивного поведения, но не зависит от репродуктивных установок. Репродуктивные установки части подростков можно охарактеризовать как неадекватные или недостаточно сформированные. Выявлено рассогласование между когнитивным и поведенческим компонентами репродуктивных установок девочек групп умеренного и высокого риска нарушения репродуктивного поведения, когда желание иметь детей не способствует изменению установок в плане заботы о своем здоровье.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, подростки, репродуктивная установка, репродуктивное поведение, ценностная ориентация.

Введение

Согласно ежегодному Докладу Фонда ООН в области народонаселения, современная демографическая ситуация в России определяется как кризис [12]. Наряду с повышением смертности отмечается очевидное снижение рождаемости, берущее начало еще в 1990-х годах. Так, например, коэффициент рождаемости с 21,9 % по данным за 1960 г. снизился до 13,4 % в 2014 г. [6]. Данная тенденция является следствием целого ряда изменений, происходящих в современном обществе многих стран [7].

Репродуктивное поведение современного населения в развитых странах трансформируется, приобретая такие характеристики, как снижение числа детей на одну женщину, повышение среднего возраста материн-

Бойчева Анна Владимировна – мед. психолог, Центр охраны репродуктивного здоровья молодежи Адмиралтейского района (Россия, 190103. Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 154 А), e-mail: bojchevaa@mail.ru;

Малкова Елена Евгеньевна – вед. науч. сотр. лаб. клинич. психологии и психодиагностики, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192119, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: Helen_malkova@mail.ru.

ства, отсутствие желания и намерения иметь детей [18]. Причины этого лежат в сфере ценностных ориентаций и различий между нормативными представлениями населения и его фактическим поведением, связанным с репродуктивной сферой [13]. Этот процесс происходит разными темпами и имеет свои особенности в каждой из стран [17]. В условиях современного российского общества мужчины и женщины разных возрастов все чаще предпочитают воспитанию детей другие способы реализации в жизни: карьера, развлечения, путешествия и проч. [2, 8].

Еще одной причиной подобной демографической ситуации в России является растущий уровень бесплодия. По данным ВОЗ [19], примерно 8 % пар сталкиваются с проблемами невозможности зачатия ребенка. Так, только за 2015 г. в России 5 млн пар обратились с данной проблемой в учреждения здравоохранения. Также на фоне экстремистской пропаганды бездетного образа жизни, довольно популярной среди современной молодежи, становится такая форма репродуктивного поведения, как «childfree», характеризующаяся сознательным отказом от возможности иметь детей во имя личной свободы [3]. Принимая во внимание также те пары, которые сознательно не хотят иметь детей или, не имея возможности их иметь, не обращаются за помощью, можно полагать, что реальный уровень фактического бесплодия оказывается гораздо выше названного [19].

Стоит также отметить, что высокие показатели репродуктивной патологии неразрывно связаны с установками молодых людей относительно своего здоровья в целом [10, 11, 14]. По данным опроса репрезентативной выборки, проведенного в исследовании Г.В. Антонова [2], выяснилось, что для большей части населения России характерно заблуждение, согласно которому о здоровье человека должен проявлять заботу кто угодно (государство, работодатель, система здравоохранения и т. п.), только не сам его обладатель (носитель). Известно, что состояние здоровья людей даже в самых развитых странах лишь на 10 % определяется уровнем развития медицины как науки и системы медицинской помощи, на 20 % – наследственными факторами, на 20 % – состоянием окружающей среды и на 50 % – образом жизни (режим питания, сна, двигательной активности и т. д.).

Формирование репродуктивных норм, как отмечает отечественный исследователь О.Г. Борисов [5], обусловлено установками, транслируемыми микро- и макросоциальным окружением в период социализации личности, которая мало меняется в течение жизни человека. Именно в юности, когда процессы социализации определяются личностными отношениями, у молодого человека формируется когнитивно-нормативная компонента ре-

продуктивной установки, касающейся представлений об идеальном количестве детей. Однако целостный взгляд на перспективы создания здоровой семьи и рождения здоровых детей закладывается раньше, что дает нам возможность формировать правильные установки уже в детском возрасте [14].

Улучшение репродуктивного здоровья населения обозначается одним из приоритетных направлений в отечественном здравоохранении на данный момент [1, 10]. При этом наиболее чувствительным к различного рода социально-экономическим и клинико-психологическим влияниям на формирование, в том числе, репродуктивного поведения населения является именно подростковый возраст [9, 13]. Исходя из этого, разработка психопрофилактических мероприятий, направленных на сохранение и поддержание репродуктивного здоровья подростков, считается наиболее перспективной. В то же время, половспецифические особенности психофизического формирования девочек-подростков обуславливают их наибольшую отзывчивость для коррекции образа жизни, установок и функциональных нарушений, ведущих к снижению репродуктивного потенциала [4]. В связи с этим анализ взаимосвязи репродуктивного поведения и состояния их здоровья может дать информацию для определения направлений психопрофилактических мероприятий.

Материал и методы

Представленные в данной статье данные являются анализом результатов исследования, проведенного на базе отделения медико-социальной помощи подросткам Центра охраны репродуктивного здоровья молодежи Адмиралтейского района Санкт-Петербурга. В рамках профилактических осмотров школьников 11-х классов проанализировали клинические характеристики репродуктивного здоровья и психологические аспекты репродуктивного поведения 164 девочек-подростков в возрасте 15–17 лет.

Особое внимание уделяли клинико-психологическим особенностям, отличающим девочек с разной степенью риска нарушений репродуктивного поведения. Методологический подход заключался в анализе данных клинико-гинекологического обследования (анализ карт гинекологического статуса пациентов, заполняемых врачом-гинекологом в рамках профилактического осмотра), а также данных, полученных в результате клинко-психологической беседы с девочками, направленной на оценку особенностей их репродуктивного поведения (с использованием специально разработанной анкеты).

Обследованных девочек разделили на 3 группы в зависимости от уровня риска нарушений репродуктивного здоровья. При распределении на группы риска учитывали такие показатели, как наличие гинекологических заболеваний (актуальных или в анамнезе), наследственная отягощенность, индекс массы тела, соответствие физиологическому развитию (время наступления менархе, соответствие возрасту физического развития и т. п.), наличие хронических заболеваний, особенности сексуального развития, а также (в случае начала половой жизни) характера предпочтений используемых контрацептивов (отказ от использования, гормональные, барьерные, экстренные или др.).

Посредством направленной клинико-психологической беседы изучили наиболее значимые потребности современных девочек. Использовали специально разработанную анкету, в которой подросткам предлагали оценить степень значимости от 1 до 10 баллов обсуждаемых в беседе жизненных ценностей.

Уровень достоверности различий изучаемых показателей в выделенных группах вычислялся с использованием критериев Манна-Уитни и углового преобразования Фишера.

Результаты и их анализ

По уровню риска нарушений репродуктивного здоровья девушек разделили на группы следующим образом:

– 1-ю (нулевого риска) – 76 девочек (46,3 %), отличающихся здоровым образом жизни и отсутствием признаков рискованного поведения;

– 2-ю (умеренного риска) – 47 девочек (28,7 %), состояние здоровья которых оценивалось как удовлетворительное, однако их репродуктивное поведение было рискованным и требующим соответствующей коррекции со стороны образа жизни;

– 3-ю (высокого риска) составила 41 девочка (25 %), у которой врачом-гинекологом были зарегистрированы патологические состояния, влияющие на развитие репродуктивной сферы и требующие динамического наблюдения у специалистов, либо нарушения функции, требующие лечения.

В табл. 1 представлены данные частотности ответов, которые давали испытуемые на вопросы, связанные с их репродуктивным поведением. Исходя из представленных результатов, можно полагать, что девочки 1-й группы демонстрируют более безопасное половое поведение: в данной группе наблюдается меньшее, чем во 2-й ($p < 0,001$) и 3-й ($p < 0,005$) группах, количество случаев раннего начала половой жизни.

Таблица 1

Характеристика полового поведения девочек-подростков, n (%)

Характеристика полового поведения	Группа			
	1-я	2-я	3-я	
Начали половую жизнь	8 (19,5)	22 (46,8)	30 (39,5)	
Вступление в половую связь с партнером с момента знакомства	Через несколько недель и менее	0 (0,0)	6 (27,3)	9 (30,0)
	Через несколько месяцев	6 (75,0)	14 (63,6)	12 (40,0)
	Через 1 год и более	2 (25,0)	2 (9,1)	9 (30,0)
Используют презерватив	Никогда	0 (0,0)	6 (27,2)	4 (13,3)
	Иногда	3 (37,5)	8 (36,4)	11 (36,7)
	Всегда	4 (50,0)	8 (36,4)	15 (50,0)
	Другой метод	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)

Так, к 15–17 годам уже имели половые контакты 19,5 % девочек 1-й группы, 46,8 % – 2-й и 39,5 % – 3-й. Также, по данным самоотчетов, 75 % подростков 1-й группы предпочли бы вступить в половой контакт с партнером, знакомство с которым длится не менее нескольких месяцев, а в 25 % случаев – 1 год и более. В то же время, репродуктивное поведение их сверстниц с рискованным поведением отличает склонность почти в 30 % случаев к случайным, по сути, связям с партнерами, знакомство с которыми длится менее нескольких недель. Следует также отметить, что подростки 1-й группы проявляют более высокий уровень осведомленности о наиболее безопасных методах контрацепции и более ответственное половое поведение. Здесь не отмечено ни одного ответа об отсутствии среди начавших половую жизнь использования презерватива, более того – в этой группе девочки демонстрируют осведомленность в использовании также и других методов контрацепции, в отличие от девушек 2-й и 3-й групп.

Некоторые авторы указывают [16] на необходимость изучения внутренней структуры потребности в детях и ее анализа относительно степени актуальности других потребностей человека для более полного понимания особенностей репродуктивного поведения современной молодежи. Как отмечает ряд авторов [15], фактическое репродуктивное поведение зависит от разрешения конфликта в ситуации осуществления выбора между следующими составляющими: потребность в детях; другие потребности личности; внешние факторы.

Данные о ведущих потребностях представлены в табл. 2. Они оказались неожиданными, поскольку демонстрировали однородность ценностных ориентаций девушек различных групп здоровья. Тем не менее можно

отметить, что наиболее значимыми оказались потребности в семье и комфортном жилье, не менее важными – потребности в детях и путешествиях. При этом сравнительно менее важной потребностью исследованные нами подростки обозначили потребность в развлечениях.

Таблица 2

Особенности ценностных ориентаций девочек-подростков

Ценностная ориентация	Группа			
	1-я	2-я	3-я	общая
Карьера	7,0 ± 2,5	7,6 ± 2,4	6,5 ± 2,6	7,1 ± 2,5
Деньги	7,0 ± 2,4	7,5 ± 2,4	6,5 ± 2,8	7,0 ± 2,5
Семья	8,9 ± 2,3	8,5 ± 2,8	8,0 ± 3,2	8,6 ± 2,7
Жилье	8,1 ± 2,4	9,0 ± 2,3	7,3 ± 3,1	8,2 ± 2,6
Развлечения	6,7 ± 2,5	6,4 ± 2,6	6,5 ± 3,1	6,6 ± 2,7
Дети	7,9 ± 2,7	7,0 ± 2,3	7,1 ± 3,4	7,6 ± 3,0
Путешествия	7,5 ± 2,6	7,3 ± 2,9	7,4 ± 3,4	7,4 ± 2,9

Такие результаты могут свидетельствовать о том, что когнитивный компонент репродуктивной установки сформирован верно – подростки знают «как должно быть», отводя относительно наиболее значимую роль семье и детям. Однако, несмотря на представляемые нам результаты, можно полагать наличие конфликта потребностей, поскольку большинство из разнонаправленных потребностей в этом возрасте оказались одинаково актуальными и значимо не различались. К примеру, потребность в семье и детях находится примерно на одном уровне значимости с потребностью в карьере, деньгах и путешествиях.

Более того, согласно полученным нами данным (табл. 3), репродуктивные установки как таковые также оказались достаточно однородными у всех групп риска. Так, подавляющее большинство исследованных нами девочек все-таки планирует иметь детей. Более того, нами подтверждается подмеченная в исследовании Н.И. Семечкина [17] тенденция ориентации современных молодых людей на двухдетную модель семьи.

Тем не менее подавляющее большинство исследованных нами девочек все-таки планирует иметь детей. Более того, нами подтверждается подмеченная в исследовании Н.И. Семечкина [17] тенденция ориентации современных молодых людей на двухдетную модель семьи.

Таблица 3

Репродуктивные установки девочек-подростков

Репродуктивная установка		Группа		
		1-я	2-я	3-я
Планируемое количество детей	0	0 (0,0)	4 (8,5)	9 (11,8)
	1	1 (2,4)	6 (12,8)	8 (10,5)
	2	15 (36,6)	23 (48,9)	33 (43,5)
	3 и более	14 (34,2)	14 (29,8)	26 (34,2)
	Не ответили	11 (26,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Лучший для возраст родительства, лет	18–19 и менее	0 (0,0)	1 (2,1)	4 (5,2)
	20–30	38 (92,7)	42 (89,4)	66 (86,8)
	30 и более	3 (7,3)	4 (8,5)	6 (8,0)
Поведение в случае незапланированной беременности	Мечтаю рожать	7 (17,1)	7 (14,9)	10 (13,1)
	Рожу, хоть это не вовремя	16 (39,0)	22 (46,8)	41 (53,9)
	Возможно, аборт	3 (7,3)	8 (17,0)	14 (18,4)
	Аборт	4 (9,8)	4 (8,5)	5 (6,6)
	Не ответили	11 (26,8)	6 (12,8)	6 (8,0)
Отношение к рождению ребенка вне брака	За	14 (34,1)	25 (53,2)	43 (56,6)
	Против	27 (65,9)	22 (46,8)	33 (43,4)
Как ребенок повлияет на Вашу жизнь?	Положительно	16 (39,0)	15 (31,9)	24 (31,6)
	Отрицательно	17 (41,5)	23 (48,9)	35 (46,0)
	Никак	8 (19,5)	9 (19,2)	17 (22,4)
Какое утверждение для Вас самое верное?	Ребенок укрепляет семью	13 (31,7)	9 (19,2)	16 (21,1)
	Ребенок приносит радость	10 (24,4)	11 (23,4)	23 (30,3)
	Ребенок – это большая ответственность	15 (36,6)	24 (51,0)	33 (43,4)
	Ребенок приносит много хлопот	3 (7,3)	3 (6,4)	4 (5,2)

Таким образом, у подростков можно заметить рассогласование между когнитивным и поведенческим компонентами: желая иметь детей, большой процент подростков демонстрирует небезопасное половое поведение, о чем говорят лишь эпизодическое использование барьерной контрацепции, раннее начало половой жизни, вступление в половой контакт с недостаточно проверенными партнерами. Такие результаты свидетельствуют необходимости разработки специальных психопрофилактических программ, которые способствовали бы формированию наиболее правильных репродуктивных установок, включая поведенческий их компонент, ориентированный на заботу о репродуктивном здоровье.

Необходимость подобных мероприятий также подтверждается и другими результатами, отражающими особенности репродуктивных установок исследованных нами девочек-подростков. К примеру, лучшим возрастом для рождения ребенка от 7,3 до 8,5 % испытуемых, не исключая группу риска, считают 30 лет и более. Что же касается представлений о наиболее удачном возрасте для рождения ребенка в 18–19 лет и ранее, такую тенденцию демонстрируют 2,1 % девочек 2-й группы и 5,2 % 3-й группы, что в целом противоречит медицинским рекомендациям. Причем наиболее вероятным решением в случае незапланированной беременности считают аборт 9,8 % девочек 1-й группы и 6,6 % – 3-й группы.

Наиболее неблагоприятными видятся установки девочек относительно того, как сам факт рождения ребенка может влиять на их жизнь: более 40 % девочек считают его исключительно негативным событием, а около 20 % – никак не меняющим их жизнь.

На отсутствие сформированности репродуктивных установок указывают затруднения в ответах относительно планируемого количества детей в будущем у 26,8 % подростков из 1-й группы, а также своих действий в случае наступления незапланированной беременности.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования выяснилось, что репродуктивные установки и ценностные ориентации подростков вне зависимости от поведенческого риска довольно однородны и в целом согласуются с общепринятыми нормами. Они включают в себя потребность в семье и детях, которая вступает в конфликт с потребностью в построении карьеры, зарплатке и путешествиях.

Собственно репродуктивные установки подростков можно охарактеризовать как неадекватные или недостаточно сформированные. Так, подростки группы нулевого риска демонстрируют более безопасное половое поведение, связанное с избеганием контактов с малознакомыми партнерами и большую информированность в плане различных методов контрацепции. В то же время, выявлено рассогласование между когнитивным и поведенческим компонентами репродуктивных установок девочек групп умеренного и высокого риска нарушения репродуктивного поведения, когда желание иметь детей не способствует изменению установок в плане заботы о своем здоровье.

Психологическая профилактика нарушений репродуктивного поведения у подростков как у наиболее чувствительной к этой проблематике

возрастной категории являются одними из наиболее актуальных в условиях демографического кризиса в России. Однако в нашем исследовании выяснилось, что, несмотря на то что репродуктивное здоровье подростков оказалось связанным с особенностями их репродуктивного поведения, оно не зависит напрямую от их репродуктивных установок.

Результаты, полученные в ходе исследования, открывают возможности для дальнейшего масштабного исследования в этом направлении с целью разработки психопрофилактических программ.

Литература

1. Алехин А.Н., Малкова Е.Е. Саморазрушающее поведение подростков как феномен и научная проблема // *Universum: Вестн. Герцен. ун-та.* – 2012. – № 2. – С. 191–198.

2. Антонов Г.В. Демографические установки населения и факторы их формирования // *Науч. диалог: История. Социология. Экономика.* – 2013. – № 1 (13). – С. 133–153.

3. Антонова Ю.А. Коммуникативные стратегии в текстах, репрезентирующих идеологию *childfree*: на грани экстремизма // *Полит. лингвистика.* – 2013. – № 2 (44). – С. 170–177.

4. Астапов В.М., Малкова Е.Е. Психическое здоровье школьников : учеб. пособие. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2012. – 66 с.

5. Борисов В.А. Демография : учеб. для вузов. – М. : Notabene, 2001. – 272 с.

6. Воронцов А.В. Демографическая ситуация в современной России // *Здоровье – основа человеческого потенциала: пробл. и пути их решения.* – 2015. – Т. 10, ч. 1. – С. 22–26.

7. Семикин В.В., Королева Н.Н., Алехин А.Н. [и др.]. Девиантное поведение детей и подростков в современных социокультурных условиях : учеб. пособие. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 183 с.

8. Жук Е.И. Репродуктивные установки москвичей молодого и среднего возраста // *Мониторинг обществ. мнения: экон. и соц. перемены.* – 2016. – №. 1. – С. 156–174.

9. Алехин А.Н., Богдановская И.М., Бортникова Е.Г. [и др.]. Затруднения в социальном самоопределении у подростков с саморазрушающим поведением // *Ресурсы развития социально-профессиональной траектории учащейся молодежи: вызовы XXI века : материалы всерос. науч.-практ. конф.* – Курск, 2015. – Ч. 2. – С. 279–283.

10. Калинин Н.И. Клинико-психологические признаки девиации и факторы риска нарушения репродуктивного поведения у подростков // *Педиатр.* – 2012. – Т. III, вып. 4. – С. 34–36.

11. Калинин Н.И., Малкова Е.Е. Клинико-психологическая типология нарушений психической адаптации в подростковом возрасте // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях.* – 2012. – № 2. – С. 86–91.

12. Максимова С.Г., Максимова М.М. Репродуктивные установки молодежи как фактор сохранения демографической безопасности (на примере исследо-

ваний в Алтайском крае) // Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты : материалы X междунар. науч. конф. Сорокинские чтения. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 2016. – С. 450–452.

13. Гончаров С.А., Рабош В.А., Семикин В.В. [и др.]. Нарушения личностно-смысловой регуляции у детей и подростков с девиантным поведением : учеб. пособие. – СПб., 2014. – 139 с. – (Сер. Программа стратегического развития Герценовского ун-та 2012–2016).

14. Ромицына Е.Е. Здоровье глазами детей: опыт психологического анализа детских рисунков // Вопр. психологии. – 2006. – № 1. – С. 39–47.

15. Рыбалко Е.Ф., Крогиус Н.Г. Ценностные ориентации и временные перспективы самореализации личности // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1998. – Вып. 2. – С. 154–162.

16. Семенов В.Е. Ценностные ориентации современной молодежи // Социол. исслед. – 2007. – № 4. – С. 37–43.

17. Семечкин Н.И. Социальная психология на рубеже веков: истории, теории, исследования : учебник. – Владивосток : Изд-во Дальневост. ун-та, 2001. – 147 с.

18. Стрижак Л.Н. Психология и педагогика : учеб. пособие. – М. : МГИУ, 2000. – 375 с.

19. Юрьев В.К., Мирский В.Е. Состояние репродуктивного потенциала школьников Санкт-Петербурга // Современ. пробл. науки и образования. – 2015. – №. 3. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-reproduktivnogo-potentsiala-shkolnikov-sankt-peterburga>.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 17.07.2016

Для цитирования. Бойчева А.В., Малкова Е.Е. Особенности репродуктивного поведения и отношения к репродуктивному здоровью современных девочек-подростков // Вестн. психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 126–138.

PARTICULARLY REPRODUCTIVE BEHAVIOR AND ATTITUDE TO REPRODUCTIVE HEALTH OF MODERN TEENAGE GIRLS

Boicheva A.V.¹, Malkova E.E.²

¹Center for reproductive health of young people
(Russia, St. Petersburg, Fontanka Embankment, 154 A)

²Bekhterev Psycho-Neurological Research Institute
(Russia, St. Petersburg, Bekhterev Str., 3)

Anna Vladimirovna Boicheva – clinical psychologist of the Center for reproductive health of young people of the Admiralteisky district of St. Petersburg (Russia, 190103, St. Petersburg, Fontanka Embankment, 154 A), e-mail: bojchevaa@mail.ru

Elena Evgenevna Malkova – Dr. Psychol. Sci. Associate Prof., Leading Researcher, Laboratory of clinical psychology and psychodiagnostics Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192119, St. Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: Helen_malkova@mail.ru.

Abstract. This article presents the results of analyzed the reproductive behavior (including reproductive attitudes) and the value orientations of 164 female adolescents (15–17 years) of the city of St. Petersburg. It revealed that adolescent reproductive health depends on their reproductive behavior, but does not depend on the reproductive attitudes. It revealed a mismatch between the cognitive and behavioral components of the reproductive attitudes of girls in groups of mild- and high-risk violations of reproductive behavior. They desire to have children is not cognitive to change settings regarding the care of your health.

Keywords: medical (clinical) psychology, adolescent, reproductive attitudes, reproductive behavior, value orientations

References

1. Alyohin A.N., Malkova E.E. Samorazrushayushhee povedenie podrostkov kak fenomen i nauchnaya problema [Self-destructive behavior of teenagers as a phenomenon and a scientific problem]. *Universum: Vestnik Gercenovskogo universiteta* [Universum: Bulletin of the Herzen University]. 2012. N 2. Pp. 191–198. (In Russ.)

2. Antonov G.V. Demograficheskie ustanovki naseleniya i faktory ih formirovaniya [Demographic install population and factors of their formation]. *Nauchnyj dialog: Istoriya. Sociologiya. Ekonomika* [Scientific Conversation History. Sociology. Economy]. 2013. N 1. Pp. 133–153. (In Russ.)

3. Antonova Yu.A. Kommunikativnye strategii v tekstah, reprezentiruyushhih ideologiyu childfree: na grani ekstremizma [Communication strategies in the texts that represent the ideology of childfree: on the brink of political extremism]. *Politicheskaya lingvistika* [Political linguistics]. 2013. N 2. Pp. 170–177. (In Russ.)

4. Astapov V.M., Malkova E.E. Psichicheskoe zdorov'e shkolnikov. Uchebnoe posobie [Mental health of schoolchildren. Tutorial]. Sankt-Peterburg. 2012. 66 p. (In Russ.)

5. Borisov V.A. Demografiya. Uchebnik dlya vuzov [Demography. Textbook for high schools]. Moskva. 2001. 272 p. (In Russ.)

6. Voroncov A.V. Demograficheskaya situaciya v sovremennoj Rossii [The demographic situation in modern Russia]. *Zdorov'e – osnova chelovecheskogo potenciala: problemy i puti ih resheniya* [Health – the basis of human development: Problems and Solutions]: collection of scientific works. 2015. Vol. 10, Pt. 1. Pp. 22–26. (In Russ.)

7. Semikin V.V., Koroleva N.N., Alehin A.N. [et al.]. Deviantnoe povedenie detej i podrostkov v sovremennyh sociokulturnyh usloviyah [Deviant behavior of children and adolescents in the contemporary socio-cultural conditions]. Sankt-Peterburg. 2013. 183 p. (In Russ.)

8. Zhuk E.I. Reproduktivnye ustanovki moskvichej molodogo i srednego vozrasta [Reproductive installation of young and middle-aged Muscovites]. *Monitoring obshhestvennogo mneniya: ekonomicheskie i socialnye peremeny* [Monitoring of public opinion: economic and social changes]. 2016. N 1. Pp. 156–174. (In Russ.)

9. Alehin A.N., Bogdanovskaya I.M., Bortnikova E.G. [et al.]. Zatrudneniya v socialnom samoopredelenii u podrostkov s samorazrushayushhim povedeniem [Difficulties in social self-determination in adolescents with self-destructive behavior]. *Resursy razvitiya social'no-professionalnoj traektorii uchashhejsya molodezhi: vyzovy XXI veka*. [Resources of socio-professional trajectories of students: Challenges of the XXI century]: collection of scientific works. Kursk. 2015. Pt. 2. Pp. 279–283. (In Russ.)

10. Kalin N.I. Kliniko-psihologicheskie priznaki deviacii i faktory riska narusheniya reproduktivnogo povedeniya u podrostkov [Clinical signs of deviation and psychological risk factors of reproductive behavior disorders in adolescents]. *Pediatr* [Pediatrician]. 2012. Vol. III, Pt. 4. Pp. 34–36. (In Russ.)

11. Kalin N.I., Malkova E.E. Kliniko-psihologicheskaya tipologiya narushenij psichicheskoj adaptacii v podrostkovom vozraste [Clinico-psychological typology of infringements of mental adaptation in adolescence]. *Mediko-biologicheskie i socialno-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Medico-biological and socio-psychological problems of security in emergency situations]. 2012. N 2. Pp. 86–91. (In Russ.)

12. Maksimova S.G., Maksimova M.M. Reproduktivnye ustanovki molodezhi kak faktor sohraneniya demograficheskoy bezopasnosti (na primere issledovanij v Altajskom krae) [Reproductive installation youth as a factor in preserving the human security (for example, research in the Altai region)]. *Zdorov'e rossijskogo obshhestva v XXI veke: sociologicheskie, psihologicheskie i medicinskie aspekty* [Health of the Russian society in the XXI century: the sociological, psychological and medical aspects]: collection of scientific works. Moskva. 2016. Pp. 450–452. (In Russ.)

13. Goncharov S.A., Rabosh V.A., Semikin V.V. [et al.]. Narusheniya lichnostno-smyslovoj reguljacii u detej i podrostkov s deviantnym povedeniem. [Violations of personal-semantic regulation in children and adolescents with behavioral problems]. Sankt-Peterburg. 2014. 139 p. (In Russ.)

14. Romitsyna E.E. Zdorov'e glazami detej: opyt psihologicheskogo analiza detskih risunkov [Health children's eyes: the experience of psychological analysis of children's drawings]. *Voprosy psihologii* [Questions of psychology]. 2006. N 1. Pp. 39–47. (In Russ.)

15. Rybalko E.F., Krogus N.G. Cennostnye orientacii i vremennye perspektivy samorealizacii lichnosti [Values and temporal self-realization prospects]. *Psichologicheskie problemy samorealizacii lichnosti* [Psychological problems of self-identity]. Sankt-Peterburg. 1998. Issue 2. Pp. 154–162.

16. Semenov V.E. Cennostnye orientacii sovremennoj molodezhi [Valuable orientations of modern youth]. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological studies]. 2007. N 4. Pp. 37–43. (In Russ.)

17. Semechkin N.I. Socialnaya psihologiya na rubezhe vekov: istorii, teorii, issledovaniya. [Social psychology at the turn of the century: the history, theory, research]. Vladivostok. 2001. 147 p. (In Russ.)

18. Strizhak L.N. Psihologiya i pedagogika [Psychology and Pedagogy]. Moskva. 2000. 375 p. (In Russ.)

19. Yur'ev V.K., Mirskij V.E. Sostoyanie reproductivnogo potentsiala shkolnikov Sankt-Peterburga [Reproductive potential students of St. Petersburg]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2015. N 3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-reproductivnogo-potentsiala-shkolnikov-sankt-peterburga>. (In Russ.)

Received 17.07.2016

For citing. Boicheva A.V., Malkova E.E. Osobennosti reproductivnogo povedeniya i otnosheniya k reproductivnomu zdorov'yu sovremennykh devochek-podrostkov. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 59. Pp. 126–138. (In Russ.)

Boicheva A.V., Malkova E.E. Particularly reproductive behavior and attitude to reproductive health of modern teenage girls. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 59. Pp. 126–138.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

Редакционная коллегия
и редакционный совет журнала
поздравляет с 60-летием
доктора медицинских наук профессора,
заслуженного врача РФ
Григория Игоревича
Григорьева



Заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор, профессор кафедры общей, медицинской психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, декан факультета психологии и философии человека и заведующий кафедрой психологии Русской христианской гуманитарной академии... протоиерей, доктор богословия, профессор Санкт-Петербургской православной духовной академии, профессор кафедры педагогики и теории образования Общецерковной аспирантуры и докторантуры, сопредседатель Экспертного совета Координационного центра по противодействию алкоголизму и утверждению трезвости, член коллегии Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви... председатель Всероссийского общества трезвости и милосердия Святого благоверного великого князя Александра Невского, член правления Всероссийского Иоанно-Предтеченского братства «Трезвение», член межведомственной комиссии между Минздравом РФ и Русской Православной Церковью... строитель и настоятель храма Рождества Иоанна Предтечи в Юкках... автор более 300 научных трудов, член Союза писателей России... создатель и руководитель Международного института резервных возможностей человека, один из основателей журнала «Вестник психотерапии»... награжден государственными, ведомственными, церковными и общественными орденами и медалями...

Такого списка регалий, званий и обязанностей с лихвой достало бы для энциклопедических биографий едва ли не десятка замечательных людей. Но все они принадлежат одному – Григорию Игоревичу Григорьеву, знаменуя признание и высокую оценку его деятельности со стороны государства, медицинского сообщества, Православной Церкви, и высятся как

вехи, отмечающие этапы его 60-летнего жизненного пути. Впрочем, едва ли не показательней естественное и неформализованное признание – «глас народа», добрая молва, когда люди тысячами тянутся для лечения к психотерапевту Григорьеву, а для причастия – к протоиерею Григорию. Так привлекают глубина его познаний и житейская умудренность при полной простоте общения.

Если вдуматься, поражает не просто обилие всех этих свидетельств заслуг врача и священнослужителя, но прежде всего разнообразие трудов в стольких областях знания в единстве с практическим применением их. Причем такое многоцветие не означает разброса, распыления энергии, но, напротив, концентрируется в достижении главной жизненной цели, ради которой, собственно, все многочисленные труды и предпринимаются.

Сложно сказать, когда именно врачом так завладело это желание (которое правильнее даже оценить как потребность) – лечить людей от недугов разрушительных зависимостей... А впрочем, позволяют высказать догадку некоторые страницы биографии военврача Григорьева: служба на подводных лодках после окончания Военно-медицинской академии, он неоднократно оказывался в аварийных ситуациях. Можно предположить, что пограничная ситуация в глубине Мирового океана весьма располагает к обращению за помощью к Всевышнему. А из этого смертного опыта всего лишь шаг остается до действенного обращения в любви и заботе к страждущему человеку. Благодарность и признательность за собственное спасение побуждает идти на выручку другим.

И так открывается путь не просто работы, но – служения.

Ради большей эффективности деятельности в конце восьмидесятых Г.И. Григорьев основывает Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ), в котором с кругом единомышленников занимается как практическим врачеванием страдающих зависимостями, так и теоретическими разработками методологии их лечения. Деятельность новой организации вызывает настороженность, сопровождаемую кривотолками и недобрými пересудами, однако институт твердо следует своим путем и, несмотря на препоны и наветы, укрепляет свои позиции не только в медицинском сообществе, но и в кругу радеющих о народной трезвости служителей Церкви.

На основе опыта известного врача-нарколога советской эпохи А.Р. Довженко в институте вырабатывается метод эмоционально-стрессовой терапии. В дальнейшем он трансформируется, обогащаясь привлечением святоотеческого наследия Православной Церкви, и перерастает в метод

духовно ориентированной психотерапии на основе целебного зарока, который ныне признают светские врачи и благословляют церковные иерархи.

Скучные обычно цифры тем не менее впечатляюще характеризуют годы работы института – здесь прошли высокоэффективное лечение свыше 130 тысяч больных алкоголизмом, никотинизмом, наркоманиями, игроманиями, болезненным влечением к пище, различными формами неврозов и другими нервно-психическими заболеваниями. В результате глубокого научного анализа созданной базы данных сотрудниками МИРВЧ выполнены более 400 научных работ, защищены 4 докторские и 8 кандидатских диссертаций.

Многолетние наблюдения института показали, что эффективность лечения возрастает при сочетании врачебного и священнического взаимодействия с больным. В то же время духовное рвение настоятельно влекло сегодняшнего юбиляра к еще более глубокому воцерковлению и привело к служению Господу пред алтарем. Осуществилось заветное стремление Григорьева – его рукоположили в диаконский, а затем и во священнический сан: аксиос!

Тут время вспомнить об упомянутом многообразии деятельности Григория Игоревича. Не оставляя врачевания и научных занятий, руководства институтом и преподавания в уважаемых вузах, он взял на себя обязанность построения храма в поселке Южки – первой православной церкви в этой местности за всю ее не короткую русскую историю. И, несмотря на современные финансовые трудности, добился возведения его.

Так реализуется служение православного врача на благо человека и во славу Божию.

С днем рождения, Григорий Игоревич! Многая лета!



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 на 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 22.09.2016. Печать – ризография.
Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 9 п. л. Заказ 12316