

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 68 (73)

Санкт-Петербург
2018

Редакционная коллегия

В.С. Черный (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); О.В. Леонтьев (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.); В.И. Евдокимов (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, 2018
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2018

**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 68 (73)

St. Petersburg
2018

Editorial Board

V.S. Chernyi (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Science Editor); S.G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); O.V. Leontev (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.); V.I. Evdokimov (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, 2018

© International Institute of Human Potential Abilities, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Андреева Г.О., Емельянов А.Ю.

Лечение инсомнических расстройств у больных с мышечно-тоническим болевым синдромом 7

Лутова Н.В., Макаревич О.В., Новикова К.Е.

Взаимосвязь социо-демографических параметров и характеристик течения заболевания с самостигматизацией больных эндогенными психозами 15

Медведев Н.Н., Бабин С.М.

Обусловленность гендерных различий в компенсации самооотношения на разных уровнях невротических состояний 29

Резникова Т.Н., Федоряка Д.А., Селиверстова Н.А.,

Моховикова И.А.

Опыт использования сенсорной импульсной стимуляции у больных с паническими атаками 47

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Бобров А.Е., Решетников М.М., Уласень Т.В.

Зависимость девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений от характера перенесенного ими травматического опыта 68

Грановская Р.М., Рыбников В.Ю., Змановская Е.В.,

Ашанина Е.Н., Хрусталева Н.С., Савельева М.В.

Взаимосвязь темперамента, психологических защит и совладания со стрессом 83

Микита О.Ю.

Психологическое сопровождение пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки: цели, задачи, методики, программа 99

Лымаренко В.М., Леонтьев О.В. Баграмова С.А.,

Войцицкий А.Н., Черная Ю.В.

Особенности синдрома профессионального выгорания у врачей отделений скорой медицинской помощи 114

Яремко В.И., Дударенко С.В., Леонтьева М.О., Лопатин С.Н.,

Кобрянова И.В.

Нарушения вегетативной регуляции при воздействии факторов военного труда (обзор литературы) 132

Информация о журнале 143

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Andreeva G.O., Emelianov A.Yu. Treatment insomnia disorders at patient with painful fibromyalgia	7
Lutova N.B., Makarevich O.V., Novikova K.E. The correlation of socio-demographic parameters and characteristics disease's course with self-stigmatization in patients with mental disorders	15
Medvedev N.N., Babin S.M. Conditionality of gender differences in the compensation of self-attitude at different levels of the neurotic state	29
Reznikova T.N., Fedoriaka D.A., Seliverstova N.A., Mohovikova I.A. The experience of using touch pulse stimulation in patients with panic attacks	47

MEDICAL PSYCHOLOGY

Bobrov A.E., Reshetnikov M.M., Ulasen T.V. Dependence of deviant forms of behavior in pupils of social protective institutions from the character of the injury carefully expected by their traumatic experience	68
Granovskaya R.M., Rybnikov V.Yu., Zmanovskaya E.V., Ashanina E.N., Khrustaleva N.S., Savelyeva M.V. Interrelation of temperament, psychological protection and mastering the stress	83
Mikita O.Yu. Psychological escort of patients with a chronic renal failure at various stages of transplantation of a kidney: purposes, tasks, techniques, program	99
Lymarenko V.M., Leontev O.V., Bagramova S.A., Voytsitsky A.N., Chernaya Yu.V. Features syndrome professional burnout in doctors of ambulance service ..	114
Yaremko V. I., Dudarenko S.V., Leonteva M. O., Lopatin S. N., Kobryanova I.V. Violations of vegetative regulation under the influence of factors of military labor (literature review)	132
Information about the Journal.....	143

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.833.34-08

Г.О. Андреева, А.Ю. Емельянов

ЛЕЧЕНИЕ ИНСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

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

Мышечно-тоническими болями страдает от 2 до 10 % населения, $\frac{3}{4}$ таких пациентов предъявляют жалобы на нарушения сна, которые часто предшествуют развитию фибромиалгии. Целенаправленная коррекция инсомнических расстройств позволяет более эффективно купировать болевой синдром. Возможно, нарушения сна являются доклинической стадией развития мышечно-тонического болевого синдрома и служат причиной развития фибромиалгии как проявления психосоматических расстройств.

Ключевые слова: неврология, мышечно-тонический болевой синдром, инсомния, психологическая диагностика, рефлексотерапия.

Введение

Болевой мышечно-тонический синдром является одной из самых частых причин обращения к врачу неврологического профиля. По данным разных авторов от 2 до 10 % населения страдает от фибромиалгии, $\frac{3}{4}$ таких пациентов предъявляют жалобы на нарушения сна [6].

Согласно последней 2005 г. Международной классификации расстройств сна [3], инсомния определяется как «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида».

На первый взгляд, проблема очевидна: пациент с мышечно-тоническим болевым синдромом из-за болей не может уснуть, либо просыпается ночью из-за поверхностного сна и повышенной чувствительности,

✉ Андреева Галина Олеговна – д-р мед. наук, ассистент каф. нервных болезней, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: galinandreev@yandex.ru;

Емельянов Александр Юрьевич – д-р мед. наук проф., каф. нервных болезней, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6).

либо пробуждается рано утром из-за длительного нахождения в неудобном положении. Действительно, по результатам полисомнографии у пациентов с фибромиалгией выявлено увеличение времени засыпания и уменьшение общего времени сна [7], укорочение фаз глубокого сна, удлинение стадии поверхностного сна и более частые пробуждения в течение ночи [5] по сравнению с людьми, не страдающими бессонницей. Наши клинические наблюдения показали, что у многих пациентов нарушения сна развивались задолго до появления симптомов фибромиалгии. Большинство таких пациентов не считали явления инсомнии значимыми для здоровья, а занимали в этом отношении позицию «само пройдет», некоторые пытались принимать медикаментозные средства, но отказывались из-за недостаточной эффективности или выраженности побочных действий. Группа таких больных с острым миофасциальным синдромом и хроническими нарушениями сна послужила целью настоящего исследования.

Материал и методы

Провели обследование и лечение 63 пациентов (47 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 21 до 47 лет с фибромиалгией (M79.7 по МКБ-10) и расстройствами сна неорганической этиологии (F 51.0 по МКБ-10). Диагноз выставлялся на основании данных клинического, нейровизуализационного методов исследования. Выявленные по результатам проведенного исследования магнитно-резонансной томографии начальные проявления дегенеративно-дистрофических изменений межпозвонковых дисков и суставов не позволяли объяснить наличие и выраженность болевого синдрома.

У всех больных в анамнезе отмечались нарушения сна за 1–1,5 года до появления болей. Попытки применения снотворных средств имели недостаточный или кратковременный эффект. Необходимо отметить, что треть пациентов не считали нарушения сна проблемой, влияющей на здоровье, и данные расстройства удавалось выявить только при детальном сборе анамнеза, а обращение к врачу следовало только при появлении болей.

Степень выраженности болевого синдрома оценивали по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) [8], с целью объективизации инсомнических нарушений проводили тестирование с использованием балльной анкеты качества сна, предложенной Я.И. Левиным [1] и шкалы дневной сонливости Эшворта [4]. Из исследования исключили пациентов с тревожными и депрессивными нарушениями.

Уровень боли (по визуальной аналоговой шкале боли) наблюдался от 56 до 82 мм, что соответствовало критериям болевого синдрома средней и

высокой интенсивности по цифровой рейтинговой шкале боли. Продолжительность последнего обострения до начала лечения составляла от 3 до 28 дней.

Клиническая феноменология инсомнии включала пресомнические (трудности засыпания, боязнь не заснуть), интрасомнические (поверхностный сон с частыми пробуждениями) и постсомнические расстройства (проблема раннего утреннего пробуждения, сниженной работоспособности, ощущение неудовлетворенности сном). Нарушения пресомнического характера были обнаружены у 29 (46 %) больных, трудности поддержания сна, частые ночные пробуждения – у 37 (59 %) больных, раннее пробуждение с невозможностью уснуть – у 15 (24 %) больных, у ряда пациентов отмечались различные сочетания нарушений сна (рис. 1). Обследованные нами пациенты часто жаловались на ощущение неосвежающего или невосстанавливающего сна. Клинически значимая дневная сонливость отмечалась у 50 (79,4 %) больных. По шкале Эшворта показатели варьировали от 7 до 11 баллов, по шкале качества сна – от 14 до 18 баллов. Полученные результаты тестирования свидетельствовали о необходимости коррекции данных состояний.

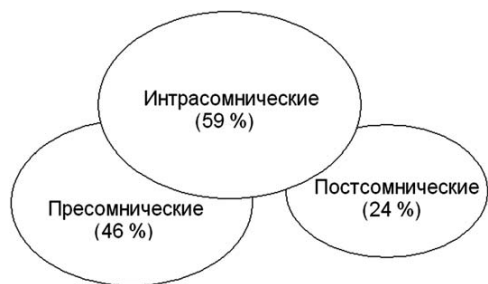


Рис. 1. Клинические варианты инсомнии у больных с фибромиалгией

Больные были разделены на две группы, репрезентативные по полу, возрасту, клиническим проявлениям. Всем больным проводили процедуры корпоральной иглотерапии (8–10 процедур на курс). Пациентам 1-й группы осуществляли иглорефлексотерапию с применением методик, направленных на лечение инсомнических нарушений и болевого синдрома, больным 2-й группы – процедуры иглорефлексотерапии только с целью купирования болевого синдрома. Всем больным проводили медикаментозную терапию с использованием миорелаксантов, анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, витаминов группы В, антиоксидантов, местных раздражающих средств, а также физиотерапию. После

уменьшения болевого синдрома назначали лечебную физкультуру.

Больным группы 1-й группы рефлексотерапию проводили по следующей схеме:

- методика «устранения стресса» (рис. 2). С целью улучшения психического состояния этот прием использовали на первой процедуре;
- воздействие на точки, в зависимости от вида нарушений сна;
- воздействие на точки акупунктурных каналов в соответствии с правилами китайской медицины.

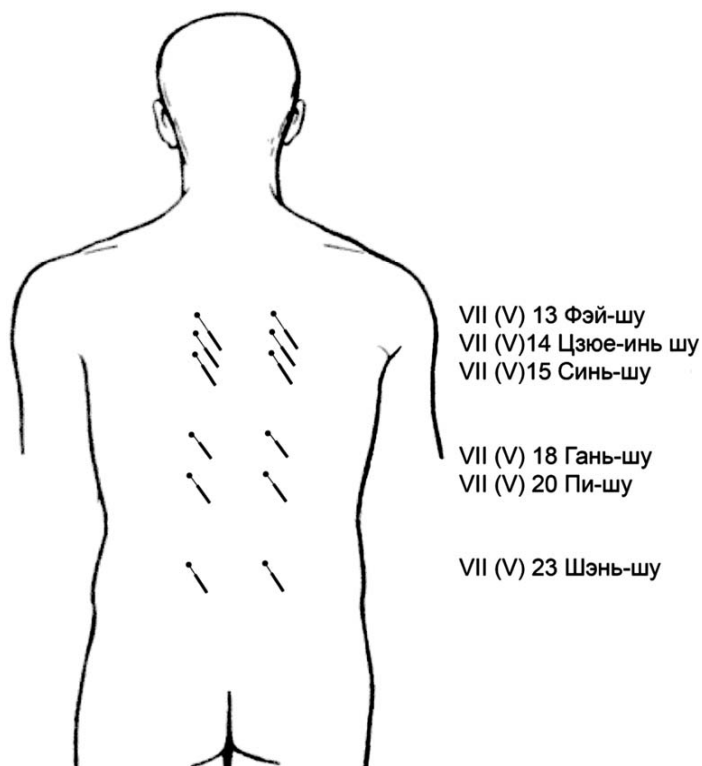


Рис. 2. Схема постановки игл при методике «устранения стресса»

Иглы вводили в шу-точки иньских каналов поверхностно, симметрично, на 1–2 мм подкожно, по направлению к голове (см. рис. 2). Последовательность введения игл следующая – сверху вниз, справа налево, шу-точки канала сердца в последнюю очередь: Фэй-шу (V)VII-13, Цзюе-инь-

шу (V)VII-14, Гань-шу (V)VII-18, Пи-шу (V)VII-20, Шэнь-шу (V)VII-23, Синь-шу (V)VII-15. После проведения первой процедуры 11 (34,4 %) пациентов отмечали уменьшение болей, улучшение общего самочувствия.

Затем в зависимости от вида нарушений сна у пациентов 1-й группы применяли различные схемы иглотерапии. Пациентам с пресомническими нарушениями проводили иглоукалывание точек Мин-мэнь (GV)XIII-4, Шэнь-шу (V)VII-23, Чжи-ши (V)VII-52, Тай-си (R)VIII-3 стимулирующим методом. При интрасомнических расстройствах воздействовали на точки Син-цзян (F)XII-2, Тай-чун (F)XII-3, Нэй-гуань (MC)IX-6 тормозным методом, на точки Сань-инь-цзяо (RP)IV-6 стимулирующим методом. Больным с постсомническими нарушениями проводили иглоукалывание точек Шэнь-мэнь (C)V-7 тормозным методом, точек Синь-шу (V)VII-15, Шэнь-тин (V)VII-44, Шао-хай (C)V-3 стимулирующим методом. В дальнейшем оказывали гармонизирующее воздействие на каналы, соотносящиеся с зоной нарушения в соответствии с правилами китайской медицины.

При проведении процедур иглорефлексотерапии больным 2-й группы применялся локально-сегментарный подход с воздействием II тормозным методом на локальные болевые точки, паравerteбральные точки соответствующего сегмента спинного мозга и точки заднего срединного канала, а также переходным методом на точки общего действия.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием пакета Statistica for Windows, а также блока статистической обработки данных табличного редактора Excel. Результаты исследования проверили на нормальность распределения с использованием теста Wilcoxon для определения зависимых парных выборок. В тексте статьи приведены показатели средних арифметических величин и среднего квадратического отклонения (σ). Заключение о статистической значимости давалось при уровне вероятности ошибочного значения при $p < 0,05$ [2].

Результаты и их обсуждение

В результате лечения через 3 нед наблюдалась выраженная положительная динамика в виде уменьшения или полного купирования болевого синдрома в обеих группах, улучшения показателей сна и уменьшения дневной сонливости (таблица). Боль была купирована у 23 (71,8 %) больных 1-й группы и у 16 (51,6 %) больных 2-й группы; однако у пациентов с сохраняющимся болевым синдромом показатели выраженности боли были достоверно выше во 2-й группе. В результате лечения наблюдалось значительное улучшение качества и продолжительности сна. В 1-й группе нор-

мализация показателей сна была отмечена 27 (84,4 %) больных; во 2-й группе – только у 13 (41,9 %). При исходно сопоставимых показателях инсомнии и дневной сонливости в 1-й группе отмечено значимое ($p < 0,05$) улучшение средних показателей, в группе различия были недостоверны. Разница между группами была достоверной ($p < 0,05$) как для показателей выраженности боли, так и для показателей инсомнии (см. таблицу).

Динамика показателей боли и инсомнических расстройств у больных с мышечно-тоническим синдромом

Симптом	Группа					
	1-я			2-я		
	до лечения	после лечения	$p <$	до лечения	после лечения	$p <$
Боль (мм)	$67,1 \pm 6,7$	$29,2 \pm 3,0$	0,05	$67,2 \pm 6,9$	$38,4 \pm 3,9^{\wedge}$	0,05
Инсомния (балл)	$15,7 \pm 1,2$	$22,7 \pm 1,9$	0,05	$15,8 \pm 1,1$	$19,4 \pm 2,8^{\wedge}$	
Дневная сонливость (балл)	$9,4 \pm 1,2$	$5,9 \pm 1,0$	0,05	$9,3 \pm 1,2$	$8,1 \pm 1,9^{\wedge}$	

Примечание: \wedge – различия между группами при $p < 0,05$.

Таким образом, коррекция нарушений сна позволяет более эффективно купировать болевой синдром при фибромиалгии. На основании проведенного исследования можно предположить, что нарушения сна являются одним из факторов риска развития скелетно-мышечных болей.

Заключение

Возможно, нарушения сна являются доклинической стадией развития мышечно-тонического болевого синдрома и служат причиной развития фибромиалгии как проявления психосоматических расстройств. Целенаправленное применение методик иглорефлексотерапии для нормализации сна позволяет купировать инсомнические расстройства и сократить сроки лечения болевого мышечно-тонического синдрома.

Литература

1. Левин Я.И., Ковров Г.В., Полуэктов М.Г. [и др.]. Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы. – М. : Медпрактика-М, 2005. – 318 с.
2. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : ВМедА, 2011. – 318 с.
3. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual. – Westchester, Illinois : American Academy of Sleep Medicine, 2005.

4. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale // *Sleep*. – 1991. – № 14. – P. 540–545.
5. Qaseem A, Kansagara D., Forcica M.A. [et al.]. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American college of physicians // *Ann. Intern. Med.* – 2016. Vol. 165, N 2. – P. 125–133. DOI: 10.7326/M15-2175.
6. Palagini L., Carmassi C., Conversano C. [et al.]. Transdiagnostic factors across fibromyalgia and mental disorders: sleep disturbances may play a key role. A clinical review // *Clin. Exp. rheumatol.* – 2016. – Vol. 34, N 2 (96). – P. 140–144.
7. Roth T., Bhardrd-Brown P., Pitman V.W. [et al.]. Characteristics of disturbed sleep in patients with fibromyalgia compared with insomnia or with pain-free volunteers // *Clin. J. Pain.* – 2016. – Vol. 32, N 4. – P. 302–307.
8. Visual analogue scale (VAS) // *Scales and scores in neurology. Quantification of neurological deficits in research and practice* / H. Masur, K. Papke, S. Althoff [et al.]. – Thieme Stuttgart : New York, 2004. – 94 p.

Поступила 26.09.2018

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

Для цитирования. Андреева Г.О., Емельянов А.Ю. Лечение инсомнических расстройств у больных с мышечно-тоническим болевым синдромом // *Вестн. психотерапии*. 2018. № 68 (73). С. 7–14.

TREATMENT INSOMNIA DISORDERS AT PATIENT WITH PAINFUL FIBROMIALGIA

Andreeva G.O., Emelianov A.Yu.

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

✉ Galina Olegovna Andreeva – Dr. Med. Sci., Department of Nervous Diseases, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: galinandreev@yandex.ru;

Aleksandr Yurevich Emelianov – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Nervous Diseases, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia).

Abstract. From 2 up to 10 % of the population suffers fibromyalgia pains, three quarters of such patients complains to sleep infringements which often precede fibromyalgia. Purposeful correction insomnia disorders allows to reduce a painful syndrome more effectively. Probably, infringements of a sleep are preclinical stage of de-

velopment of a miofascial painful syndrome and serve as the reason of development fibromyalgia as displays psychosomatic disorders.

Key words: neurology, fibromyalgia, insomnia, treatment, psychological diagnostics, reflexology.

References

1. Levin Ya.I., Kovrov G.V., Poluektov M.G. [et al.]. *Insomniya, sovremennye diagnoseticheskie i lechebnye podkhody* [Medpraktika]. Moskva. 2005. 318 p. (In Russ.)
2. Yunkerov V.I., Grigor'ev S.G., Rezvantsev M.V. *Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy* [Military medical Akademy]. Sankt-Peterburg. 2011. 318 p. (In Russ.)
3. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders. 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, Illinois : American Academy of Sleep Medicine, 2005.
4. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991. N 14. Pp. 540–545.
5. Qaseem A, Kansagara D., Forcica M.A. [et al.]. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American college of physicians. *Ann. Intern. Med.* 2016. Vol. 165, N 2. Pp. 125–133. DOI: 10.7326/M15-2175.
6. Palagini L., Carmassi C., Conversano C. [et al.]. Transdiagnostic factors across fibromyalgia and mental disorders: sleep disturbances may play a key role. A clinical review. *Clin. Exp. rheumatol.* 2016. Vol. 34, N 2 (96). Pp. 140–144.
7. Roth T., Bhardr-Brown P., Pitman V.W. [et al.]. Characteristics of disturbed sleep in patients with fibromyalgia compared with insomnia or with pain-free volunteers. *Clin. J. Pain.* 2016. Vol. 32, N 4. Pp. 302–307.
8. Visual analogue scale (VAS). Scales and scores in neurology. *Quantification of neurological deficits in research and practice*. H. Masur, K. Papke, S. Althoff [et al.]. Thieme Stuttgart : New York, 2004. 94 p.

Received 26.09.2018

For citing. Andreeva G.O., Emelianov A.Yu. Lechenie insomnicheskikh rassstroystv u bol'nykh s myshechno-tonicheskim bolevym sindromom. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 68. Pp. 7–14. (In Russ.)

Andreeva G.O., Emelianov A.Yu. Treatment insomnia disorders at patient with painful fibromialgia. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 68. Pp. 7–14.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ
И ХАРАКТЕРИСТИК ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
С САМОСТИГМАТИЗАЦИЕЙ БОЛЬНЫХ
ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Целью работы являлось изучение взаимосвязи самостигматизации с социо-демографическими параметрами и характеристиками течения заболевания у пациентов, перенесших психоз. В исследовании приняли участие 131 человек, из них больные шизофренического (66,8 %) и аффективного спектра (33,2 %). Пациенты были обследованы с использованием отечественной валидизированной методики – опросник самостигматизации Михайловой–Ястребова, позволяющий оценить структуру и уровень переживания внутренней стигмы. В результате исследования были обнаружены: взаимосвязь внутренней стигмы с количеством госпитализаций, различия в группах больных, лечившихся стационарно однократно и более одного раза. Выявлены различия между группами пациентов при наличии и отсутствии инвалидности, а также среди больных с различным трудовым статусом. Рассмотрено характерное нарастание самостигматизации и тенденция к изменению её структуры. Обсуждена актуальность социотерапевтических мероприятий, направленных на улучшение социализации пациентов и помощь им в адекватном трудоустройстве.

Ключевые слова: самостигматизация в психиатрии, психозы, шизофрения.

Лутова Наталия Борисовна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., рук. отд-я интегратив. фармако-психотерапии больных с психич. расстройствами, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: lutova@mail.ru;

✉ Макаревич Ольга Владимировна – мл. науч. сотр. отд-я интегратив. фармако-психотерапии больных с психич. расстройствами, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: lysska@mail.ru;

Новикова Ксения Евгеньевна – клин. психолог отд-я интегратив. фармако-психотерапии больных психическими расстройствами, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: novikova.kseniya@bk.ru.

Введение

Широко известно, что люди, страдающие психическими расстройствами и, в особенности, шизофренией, воспринимая негативные стереотипы со стороны общества, формируют внутреннюю стигму [13, 14, 30]. При этом выраженная самостигматизация имеет разнообразные негативные последствия, снижая у больного чувство надежды [22], самоуважения [10, 29, 31], самооффективности [18] и качество жизни [33]. Также внутренняя стигма препятствует обращению за медицинской помощью [9, 28], подрывает приверженность больного выполнению врачебных рекомендаций [16, 17, 25], утяжеляя тем самым течение болезни и увеличивая риск суицида [7]. Таким образом, данный феномен, формируя значительное психологическое напряжение, приводит к усилению психосоциальной дезадаптации в целом [1, 2] и оказывает негативное влияние на достижение реабилитационных целей, таких как трудоустройство [8], независимое проживание больных и их включение в социальную жизнь [21, 22, 29].

Концепт самостигматизации описывается как интернализированная, воспринимаемая и принятая стигма. Используя социологический подход, В. Link и J. Phelan (2001) постулировали, что воспринимаемая стигма содержит пять элементов, которые проявляются со стороны стигматизирующей группы по отношению к стигматизируемым: этикетирование, стереотипизация, отделение, потеря статуса и дискриминация. Позднее на основе этих представлений Р. Corrigan, А. Watson [2, 13, 14, 30] концептуализировали иерархию формирования самостигматизации: осознание – когда индивид осознает социальные стереотипы относительно людей, страдающих психическими расстройствами, соглашается с ними и относит данные представления к себе.

Однако известно, что не все больные, страдающие психическими расстройствами, подвержены формированию стигмы и негативным влияниям самостигматизации [13]. В настоящее время активно проводятся исследования данного феномена, направленные на поиски факторов, препятствующих развитию самостигматизации или ослабляющих её [19, 24]. Результаты подобных исследований приобретают особую значимость для создания эффективных реабилитационных программ [3], направленных на предотвращение формирования стигмы и коррекцию имеющихся нарушений.

Целью нашей работы стало изучение взаимосвязи ряда социодемографических параметров больных, страдающих эндогенными психи-

ческими расстройствами, и характеристик течения заболевания с уровнем и качественными характеристиками самостигматизации.

Материалы и методы

Обследован 131 пациент, проходивший добровольное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Обследование больных проведено на этапе становления ремиссии – при подготовке пациентов к выписке. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, нозологическая представленность больных была такова: к рубрике F2 относились 66,8 % пациентов. Среди них: F20 – 55 %, F21 – 3,5 %, F22 – 0,8 %, F23 – 3 %, F25 – 4,5 %. Больные с аффективной патологией составили 33,2 % обследованных. Из них: F31 – 16 %, F32 – 3 %, F33 – 13 %, F34 – 1,2 %. Среди обследованных: мужчины составили 37 %, женщины – 63 %. Средний возраст пациентов – 34 ± 11 лет. Работающие – 30 %, неработающие – 70 %. Проживающие в браке – 24 %, вне брака – 76 %. Имеющие инвалидность – 36,6 %, не имеющие – 63,4 %. Среднее количество госпитализаций – 4 ± 3 . Из них: 17,6 % больных госпитализировались впервые, 82,4 % имели две и более госпитализаций. Средняя длительность заболевания составила $10,2 \pm 10,1$ лет.

Для оценки уровня самостигматизации использована валидизированная отечественная методика – опросник самостигматизации Михайловой–Ястребова [6], содержащий 83 утверждения, выявляющие склонность больного объяснять свои проблемы в различных сферах жизни психическим заболеванием и предвзятым отношением к нему из-за болезни. Методика позволяет получить данные, отражающие выраженность самостигматизации, а также описать три ее формы: аутопсихическую, компенсаторную и социореверсивную. При аутопсихической форме больной считает, что под влиянием психического заболевания снижается его внутренняя активность и способность к самореализации, однако он относится снисходительно к своей несостоятельности, объясняя её наличием болезни. Компенсаторная форма представляет собой коррекцию личностной идентичности путем категоризации окружающих по признаку наличия психического заболевания и отнесения себя к группе «больных» или «здоровых». В случае социореверсивной формы пациенты объясняют свои проблемы в различных сферах жизни предвзятым отношением окружающих, что способствует их дистанцированию от социума.

Собранные данные обрабатывались с помощью программы SPSS 17.0. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Для сравнительного анализа использовались следующие статистические методы: однофакторный дисперсионный анализ ANOVA (в том числе анализ контрастов, PostHoc-анализ), t-критерий Стьюдента.

Результаты

Проведенный анализ не выявил достоверных различий суммарного показателя самостигматизации у больных с различной нозологической принадлежностью, между мужчинами и женщинами и в группах с различным семейным статусом.

Получены достоверные различия показателей самостигматизации у впервые и повторно госпитализированных пациентов (рис. 1).



Рис.1. Показатели средних значений М(х) Опросника самостигматизации в группах пациентов с разной частотой госпитализаций

Примечание: ** $p < 0,05$; ¹** – достоверные различия в структуре самостигматизации пациентов, лечившихся однократно; ²* – тенденция к достоверности различий в структуре самостигматизации пациентов, лечившихся повторно

В группе повторно госпитализированных пациентов отмечается не только рост показателей по всем формам самостигматизации, но и тенденция к трансформации ее структуры в сторону увеличения социореверсивной формы (²* $p < 0,05$). У однократно госпитализированных пациентов от-

мечается достоверное преобладание (^{1**}) аутопсихической формы внутренней стигмы над компенсаторной и социореверсивной.

Дисперсионный анализ выявил значимые ($p < 0,05$) различия общего уровня самостигматизации и ее форм между группами пациентов с различными социальными характеристиками. Так, общий балл Опросника самостигматизации и его отдельные формы у работающих пациентов оказались значимо ($p < 0,05$) ниже, чем у безработных (рис.2).

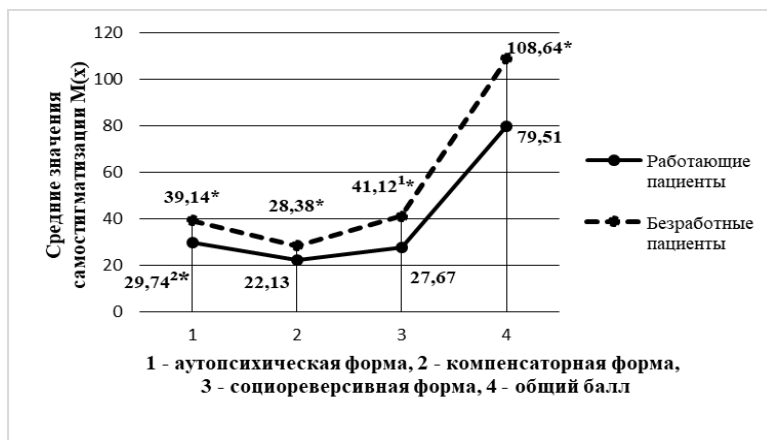


Рис.2. Показатели средних значений $M(x)$ Опросника самостигматизации у работающих и безработных пациентов

Примечание: ^{*} $p < 0,05$; ^{1*} – достоверные различия в структуре самостигматизации работающих пациентов; ^{2*} – достоверные различия в структуре самостигматизации безработных пациентов

Анализ структуры самостигматизации демонстрирует, что у трудоустроенных больных показатель, отражающий аутопсихическую форму внутренней стигмы (^{1*}) оказался достоверно выше по сравнению социореверсивной. Безработные пациенты демонстрируют обратную тенденцию – для них характерно превалирование социореверсивной формы самостигматизации (^{2*}, $p < 0,05$).

Наличие группы инвалидности выявило следующие закономерности (рис 3).



Рис.3. Показатели средних значений $M(x)$ Опросника самостигматизации у пациентов, имеющих и не имеющих инвалидность

Примечание: * $p < 0,05$; ^{1*} – достоверные различия в структуре самостигматизации пациентов с инвалидностью

Согласно полученным данным, инвалидизированные пациенты испытывают более выраженную самостигматизацию ($p < 0,05$), а в структуре их переживаний отмечается преобладание ее социореверсивной формы (^{1*}, $p < 0,05$). У больных без группы инвалидности уровни аутопсихической и социореверсивной форм самостигматизации достоверно не различаются.

Обсуждение

Полученные данные позволили верифицировать имеющиеся в литературе данные о негативном влиянии повторных госпитализаций на формирование внутренней стигмы [4]. Важной находкой данного исследования стали данные, демонстрирующие изменения структуры внутренней стигмы у впервые и повторно госпитализированных пациентов, а именно – усиление социореверсивных тенденций при неоднократном стационарном лечении. Факт наличия заболевания и связанная с ним даже первая госпитализация затрагивает личную идентичность больного: пациент начинает считать, что под влиянием психического заболевания снижается его внутренняя активность и способность к самореализации. С повторными госпитализациями происходит усиление самостигматизации [5], поскольку к изменениям личностной идентичности присоединяется нарастание изменения социальной идентичности, когда больной начинает объяснять свои

проблемы в различных сферах жизни предвзятым отношением окружающих и относит себя к группе «больных». Схожая структура и динамика самостигматизации наблюдается среди нетрудоустроенных и/или имеющих инвалидность пациентов. Установлено, что больные, не имеющие работы, демонстрируют более высокий уровень самостигматизации, что согласуется с данными других исследователей [6, 27]. При этом происходит избегание собственной ответственности, а собственная дезадаптация в большей степени объясняется предвзятым отношением общества.

Однако интенсивность восприятия предвзятости окружения, ощущаемая пациентами, не всегда объективна. Изучение внешней стигмы показало, что сами пациенты склонны к большей дискриминации других людей, получавших психиатрическую помощь, по сравнению с обследованной группой здоровых добровольцев. Кроме того, результаты исследования продемонстрировали, что чем сильнее сами пациенты воспринимают стигму, обесценивая и дискриминируя психически больных, тем более они склонны интернализировать в свою «селф»-систему существующие негативные стереотипы, приводящие к самодискриминации и углублению уровня самостигматизации в целом [4,5].

Наращение социореверсивных тенденций, сензитивность к дискриминации у психически больных, при описанных выше параметрах социодемографии и течения заболевания, способствуют дистанцированию пациентов от социального окружения и являются препятствием для своевременного обращения за медицинской помощью. А это, в свою очередь, отягощает течение болезни, приводя к нежелательным медицинским и социальным эффектам. Особенности таких структурных изменений и чувствительность к предвзятости необходимо учитывать при планировании дестигматизационных программ, подбирая наиболее эффективные интервенции.

В данном исследовании не обнаружено гендерных различий в уровне самостигматизации. Важно отметить, что литературные данные, описывающие влияние половой принадлежности на уровень внешней и внутренней стигмы, противоречивы. Одни авторы описывают большее давление стереотипов со стороны общества на мужчин [4, 15], другие, наоборот, указывают на значимую дискриминацию женщин [20, 23], а часть авторов не обнаруживает гендерных различий в проявлениях стигмы [26, 32], что подтверждено и в нашем исследовании. Подобные противоречия могут быть обусловлены применяемыми методами исследования, либо являться следствием социокультурных особенностей, количественного и качествен-

ного состава обследуемых когорт больных, что отмечалось в работах Brohan E. et al. (2010, 2011) и I.M. Vidojevic et al. (2014).

Кроме того, полученные нами данные не показали достоверных различий уровня самостигматизации у больных различных нозологических групп, что противоречит результатам других исследований [3, 12, 27]. Вероятно, это объясняется тем, что большинство зарубежных исследований проводилось с использованием иных методик, выявляющих уровень самостигматизации. Различия с данными И.И. Михайловой (2005), демонстрирующими более высокий уровень самостигматизации у больных шизофренией, могут быть обусловлены особенностями качественного и количественного состава пациентов. Высокая специфичность данных и их зависимость от большого количества факторов, взаимное влияние которых остаётся недостаточно прояснённым, отмечались ранее и в работах других авторов [11, 12, 27].

Заключение

Госпитализация в психиатрический стационар является важнейшим фактором, способствующим формированию самостигматизации пациента независимо от его нозологической принадлежности. Повторные госпитализации в значительной степени увеличивают проявления самостигматизации, все больше затрагивая идентичность индивида. Трудоустройство больных и предотвращение инвалидизации также являются барьерами для формирования внутренней стигмы и неблагоприятных искажений идентичности пациентов. Таким образом, становится очевидна значимость амбулаторного наблюдения и лечения пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами. Важно, чтобы лечебные программы включали не только фармакотерапию, что целесообразно для предотвращения обострений и госпитализаций, но и широкий спектр социотерапевтических мероприятий, направленных на улучшение социализации пациентов и помощь больным в адекватном трудоустройстве. В случае госпитализации больного особую значимость приобретает включение в план лечения проведения социо-психотерапевтических интервенций для коррекции нарушений идентичности индивида. Такой подход позволит предотвратить тотальные и тяжелые изменения идентичности пациента, создав у него адекватное отношение к себе и заболеванию. Значимость борьбы с формированием внутренней стигмы трудно переоценить, поскольку предотвращение ее формирования и коррекция имеющихся нарушений позволит предот-

вратить отказ больного от медицинской помощи и ухудшение исхода заболевания и качества жизни.

Литература

1. Александровский Ю.А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М., 2001. – С.177–193.
2. Ионин Л.Г. Идентификация и инсценировка // Психология самосознания. – Самара : БАХРАХ-М, 2000. – С.641–655.
3. Кекелидзе З.И., Пасынкова Ю.Г., Бедина И.А. Стигматизация больных шизофренией: метод. рекомендации. – М. : Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 28 с.
4. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма – её проявления и последствия. // Обозрение психиатрии и мед. психологии имени В.М. Бехтерева. – 2017. – № 3. – С. 41–45.
5. Сорокин М.Ю. Распространённость внешней стигмы у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению // Неврологический вестн. – 2016. – Т. XLVIII, № 2. – С.73–77.
6. Михайлова И.О. Самостигматизация психически больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.
7. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. О связи стигмы психической болезни и суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 2. – С. 10–18.
8. Adewuya A.O., Owoeye A.O., Erinfolami A.O. [et al.]. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria // Int J Soc Psychiatry. – 2011. – Vol. 57, N 4. – P. 418–427.
9. Barney L.J., Griffiths K.M., Jorm A.F. [et al.]. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions // Aust N Z J Psychiatry. – 2006. – Vol. 40, N 1. – P. 51–54.
10. Berge M., Ranney M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia // Care Manag J. – 2005 Fall. – Vol. 6, N 3. – P. 139–144.
11. Brohan E., Gauci D. [et al.]. Self stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study // J Affect Dis. – 2011. – Vol. 129. – P.56–63.
12. Brohan E., Elgie A. [et al.]. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study // Schizophr R. – 2010. – Vol. 122, N 1–3. – P. 232–238.
13. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental care // Am Psychol. – 2004 Oct. – Vol. 59, N 7. – P. 614–624.
14. Corrigan P.W., Watson A.C. The paradox of self-stigma and mental illness // Clin Psychol: Sci Pract. – 2002. – Vol. 9, N 1. – P. 35–53.
15. Farina A. Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders // J Clin Psychol Rev. – 1981. – Vol. 1. – P. 223–243.

16. Fenton W.S., Blyler C.R., Heinssen R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings // *Schizophr Bull.* – 1997. – Vol. 23, N 4. – P. 637–651.
17. Fung K.M., Tsang H.W., Corrigan P.W. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment // *Psychiatr Rehabil J.* – 2008. – Vol. 32, N 2. – P. 95–104.
18. Fung K.M., Tsang H.W., Corrigan P.W. [et al.]. Measuring self-stigma of mental illness in China and its applications for recovery // *Inter J Soc Psychiatry.* – 2007. – Vol. 53, N 5. – P. 408–418.
19. Kashdan T.B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health // *J Clin Psychol Rev.* – 2010. – Vol. 30, N 7. – P. 865–878.
20. Khan N., Kausar R. [et al.]. Gender differences among discrimination and stigma experienced by depressive patients in Pakista // *Pak J Med Sci.* – 2015 Nov–Dec. – N 31(6). – P.1432–1436.
21. Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label // *Am Sociol Rev.* – 1982. – Vol. 47, N 2. – P. 202–215.
22. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders // *Schizophr Bull.* – 2007 Jan. – Vol. 33, N 1. – P. 192–199.
23. Ottati, V., Bodenhausen, G.V., & Newman, L.S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (p. 99–128). Washington, DC: American Psychological Association.
24. Thorrington S. Implicit and explicit self-stigma, psychological flexibility and outcomes in first episode psychosis: Thes. ... PhD. – Canterbury (GB): Canterbury Christ Church University. – 2013. – 137 p.
25. Tsang H.W., Fung K.M., Chung R.C. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia // *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.* – 2010. – Vol. 45, N 5. – P. 561–568.
26. Tzouvara, V. Self-stigma, loneliness and culture among older adults with mental illness residing in nursing homes: Thes. ... Ph.D. – Bedfordshire, 2015. – 334 p.
27. Vidojevic I.M., Dragojevic N. [et al.]. Internalized Stigma among People with Mental Illness in Serbia and the Psychometric Properties of the Ismi Scale // *Acad J Interdiscip Stud: MCSER Publishing, Rome-Italy.* –2014 Jun. – Vol. 3, N 3. – P.153–162.
28. Vogel D.L., Wade N.G., Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help // *J Couns Psychol.* – 2006. – Vol. 53, N 3. – P. 325–337.
29. Wahl O.F. Mental health consumers' experience of stigma // *Schizophr Bull.* – 1999. – Vol. 25, N 3. – P. 467–478.
30. Watson A.C., Corrigan P.W., Larson J.E. [et al.]. Self-stigma in people with mental illness // *Schizophr Bull.* – 2007 Nov. – Vol. 33, N 6. – P. 1312–1318.
31. Werner P., Aviv A., Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia // *Int Psychogeriatr.* – 2008 Feb. – Vol. 20, N 1. – P. 174–187.

32. Wirth J.H., Bodenhausen G.V. The Role of Gender in Mental-Illness Stigma. A National Experiment// Psychol Science. – 2009. – Vol. 20, N 2. – P. 169–173.

33. Yen C.F., Chen C.C., Lee Y. [et al.]. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders // *Depress Anxiety*. – 2009. – Vol. 26, N 11. – P. 1033–1039.

Поступила 21.09.2018

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

Для цитирования. Лутова Н.В., Макаревич О.В., Новикова К.Е. Взаимосвязь социо-демографических параметров и характеристик течения заболевания с самостигматизацией больных эндогенными психозами // *Вестн. психотерапии*. 2018. № 68 (73). С. 15–28.

**THE CORRELATION OF SOCIO-DEMOGRAPHIC PARAMETERS
AND CHARACTERISTICS DISEASE'S COURSE WITH SELF-STIGMATIZATION
IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS**

Lutova N.B., Makarevich O.V., Novikova K.E.

V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology
(Bekhterev Str. 3, Saint-Petersburg, Russia)

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

✉ Olga Vladimirovna Makarevich – Junior Research Associate of the Department the Integrative Pharmaco-psychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology (Bekhterev Str. 3, Saint-Petersburg, 192019, Russia); e-mail: lysska@mail.ru.

Kseniya Evgen'evna Novikova – clinical psychologist of the Department the Integrative Pharmaco-psychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology (Bekhterev Str. 3, Saint-Petersburg, 192019, Russia); e-mail: novikova.kseniya@bk.ru.

Abstract. The proposed work studies the relationship of self-stigmatization with socio-demographic parameters and characteristics of the disease's course in patients with psychosis. The study involved 131 people, including patients with schizophrenic (66,8 %) and affective spectrum (33,2 %). Self-stigmata correlations with the number of hospitalizations and differences between groups of patients with only one and more than one hospitalization were found. The difference between patients with

presence and absence of disability, and different employment status were revealed. Subsequently, the features of self-stigmatization increase and tendency of its structural changes after the second hospitalization are discussed.

Key words: self-stigmatization in psychiatry, psychoses, schizophrenia.

References

1. Aleksandrovskij Ju.A. Social'nye faktory i pogranichnye psihicheskie rasstrojstva [Social factors and borderline disorders]. Rukovodstvo po social'noj psihiatrii [Handbook of social psychiatry]. Eds.: T.B. Dmitrievoj. Moskva. 2001. Pp.177–193. (In Russ.)

2. Ionin L.G. Identifikacija i inscenirovka [Identification and performance]. Psihologija samosoznanij [Psychology of Self-Consciousness]. Eds.: D.Ja. Rajgorodskij. Samara: Bakhrakh-M. 2000. Pp. 641-655. (In Russ.)

3. Kekelidze Z.I., Pasynkova Ju.G., Bedina I.A. Stigmatizacija bol'nyh shizofreniej [Stigmatization of schizophrenic patients: guidelines]. Moskva. 2009. 28 p. (In Russ.)

4. Lutova N.B., Sorokin M.Yu., Vid V.D. Psihiatricheskaya stigma – eyo proyavleniya i posledstviya [Stigma in patients with mental disorder – its manifestations and consequences] *Obozrenie psihiatrii i meditsinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2017. N 3. Pp. 41–45. (In Russ.)

5. Sorokin M.Yu. Rasprostranyonnost' vneshnej stigmy` u psixicheski bol'ny`x i eyo vzaimosvyaz' s motivaciej k lecheniyu [Prevalence of social stigmatization in psychiatric patients and its correlation with motivation] *Nevrologicheskiy vestnik* [Neurological bulletin]. 2016. Vol. XLVIII, N 2. Pp.73-77. (In Russ.)

6. Mikhailova I.I. Samostigmatizacija psihicheski bol'nyh [Samostigmatization in patients with mental disorder]. : Dissertation PhD. Med. Sci. Moskva. 2005. 25 p. (In Russ.)

7. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N. O svyazi stigmyi psihicheskoj bolezni i suitsidalnogo povedeniya [On the interrelation of mental health stigma and suicidal behavior]. *Rossiiskii psixiatricheskii zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2018. N 2. Pp. 10–18. (In Russ.)

8. Adewuya A.O., Owoeye A.O. [et al.]. Correlates of self-stigma among outpatients with mental illness in Lagos, Nigeria. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2011. Vol. 57, N 4. Pp. 418–427.

9. Barney L.J., Griffiths K.M. [et al.]. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust. N Z J. Psychiatry*. 2006. Vol. 40, N 1. Pp. 51–54.

10. Berge M., Ranney M. Self-esteem and stigma among persons with schizophrenia. *Care Manag. J*. 2005 Fall. Vol. 6, N 3. Pp. 139–144.

11. Brohan E., Gauci D. [et al.]. Self stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. *J. Affect. Dis*. 2011 . Vol. 129. Pp. 56–63.

12. Brohan E., Elgie A., Sartorius N. [et al.]. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr. R*. 2010. Vol. 122, N 1–3, Pp. 232–238.

13. Corrigan P.W. How stigma interferes with mental care. *Am. Psychol.* 2004 Oct. Vol.59, N 7. Pp. 614–624.
14. Corrigan P.W., Watson A.C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin. Psychol.: Sci. Pract.* 2002. Vol.9, N 1. Pp. 35–53.
15. Farina A. Are women nicer people than men? Sex and the stigma of mental disorders. *J. Clin. Psychol. Rev.* 1981. Vol. 1. Pp. 223–243.
16. Fenton W.S., Blyler C.R., Heinssen R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr. Bull.* 1997. Vol. 23, N 4. Pp. 637–651.
17. Fung K.M., Tsang H.W., Corrigan P.W. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatr. Rehabil. J.* 2008. Vol. 32, N 2. Pp. 95–104.
18. Fung K.M., Tsang H.W. [et al.]. Measuring self-stigma of mental illness in China and its applications for recovery. *Inter. J. Soc. Psychiatry.* 2007. Vol. 53, N 5. Pp. 408–418.
19. Kashdan T.B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *J. Clin. Psychol. Rev.* 2010. Vol. 30, N 7. Pp. 865–878.
20. Khan N., Kausar R. [et al.]. Gender differences among discrimination and stigma experienced by depressive patients in Pakista. *Pak. J. Med. Sci.* 2015 Nov-Dec. Vol. 31, N 6. Pp. 1432–1436.
21. Link B. Mental patient status, work, and income: an examination of the effects of a psychiatric label. *Am. Sociol. Rev.* 1982. Vol. 47, N 2. Pp. 202–215.
22. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.* 2007 Jan. Vol. 33, N 1. Pp. 192–199.
23. Ottati V., Bodenhausen G.V., Newman, L.S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. In P.W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 99–128). Washington, DC: American Psychological Association.
24. Thorrington S. Implicit and explicit self-stigma, psychological flexibility and outcomes in first episode psychosis: Thes. ... PhD. Canterbury (GB). 2013. 137 p.
25. Tsang H.W., Fung K.M., Chung R.C. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 2010. Vol. 45, N 5. Pp. 561–568.
26. Tzouvara V. Self-stigma, loneliness and culture among older adults with mental illness residing in nursing homes: Thes. ... Ph.D. Bedfordshire. 2015. 334 p.
27. Vidojevic I.M., Dragojevic N. [et al.]. Internalized Stigma among People with Mental Illness in Serbia and the Psychometric Properties of the Ismi Scale. *Acad J Interdiscip Stud: MC SER Publishing, Rome-Italy.* Jun 2014. Vol.3, N 3. Pp. 153–162.
28. Vogel D.L., Wade N.G., Haake S. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *J. Couns. Psychol.* 2006. Vol. 53, N 3. Pp. 325–337.
29. Wahl O.F. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr. Bull.* 1999. Vol. 25, N 3. Pp. 467–478.

30. Watson A.C., Corrigan P.W. [et al.]. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr. Bull.* 2007 Nov. Vol.33, N 6. Pp. 1312–1318.
31. Werner P., Aviv A., Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int. Psychogeriatr.* 2008 Feb. Vol. 20, N 1. Pp. 174–187.
32. Wirth J.H., Bodenhausen G.V. The Role of Gender in Mental-Illness Stigma. A National Experiment. *Psychol. Science.* 2009. Vol. 20, N 2. Pp. 169–173.
33. Yen C.F., Chen C.C. [et al.]. Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depress. Anxiety.* 2009. Vol. 26, N 11. Pp. 1033–1039.

Received 21.09.2018

For citing. Lutova N.B., Makarevich O.V., Novikova K.E. Vzaimosvyaz' sotsio-demograficheskikh parametrov i kharakteristik techeniya zabolevaniya s samostigmatizatsiej bol'nykh ehndogennymi psikhozami. *Vestnik psikhoterapii.* 2018. N 68 (73). P. 15–28.

Lutova N.B., Makarevich O.V., Novikova K.E. The correlation of socio-demographic parameters and characteristics disease's course with self-stigmatization in patients with mental disorders. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2018. N 68. Pp. 15–28. **(In Russ.)**

ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В КОМПЕНСАЦИИ САОМОТНОШЕНИЯ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

¹ Центр групповой психотерапии, психологического консультирования и образовательных мероприятий The Sun

(Россия, Санкт-Петербург, Большая Морская ул., д. 3/5);

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

³ Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8, лит. А);

⁴ Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко (Россия, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д. 10).

Описаны результаты исследования, посвященного выявлению особенностей структуры самоотношения у мужчин и женщин на разных уровнях невротического состояния. Контрольную группу составили 60 условно здоровых женщин и мужчин. Основные группы составили 60 женщин и мужчин с повышенным уровнем невротизации, а также 60 женщин и мужчин, больных неврозом. Общая выборка составила 180 человек. Установлено, что гендерные различия в структуре самоотношения возникают лишь при повышении уровня невротизации. Из всестороннего описания этих различий следует, что самоотношение является гибкой и открытой структурой, тесно связанной с системой отношений личности, и не может быть рассмотрено изолированно от нее. В работе отражен характер взаимодействия самоотношения личности с системой ее отношений с другими на разных уровнях невротизации и с учетом гендерных особенностей.

Ключевые слова: невроз, гендерные различия, самоотношение, тревога, компенсация, система отношений, уровень невротизации, медицинская психология.

✉ Медведев Николай Николаевич – клинич. психолог центра групповой психотерапии, психологического консультирования и образовательных мероприятий The Sun (Россия, 191186, Санкт-Петербург, Большая Морская ул., д. 3/5); e-mail: nnmedvedev@gmail.com;

Бабин Сергей Михайлович – д.м.н. профессор, зав. каф. психотерапии и сексологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); профессор Санкт-Петербургского государственного университета (Россия, 199034, Санкт-Петербург, 21-я линия, д. 8, лит. А); консультант Психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко (Россия, 188357, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д.10); e-mail: sergbabin@inbox.ru.

Введение

В настоящее время существует множество работ, так или иначе посвященных исследованию невротических состояний [6, 7]. Широко используется такое понятие, как психологический диагноз – «результат исследования различных аспектов структуры личности пациента и особенностей его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клинико-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления» [6]. Однако такой важнейший аспект личности, как самоотношение, на настоящий момент раскрыт недостаточно. Отличие настоящей работы состоит в том, что в ней исследуется самоотношение не только на уровне клинически выраженного невротического расстройства, но и на предшествующем, условно предболезненном уровне. В качестве последнего мы рассматриваем состояния повышенного уровня невротизации, диагностированного при помощи опросника «Уровень невротизации». Как в случаях возникновения невротических, так и психосоматических расстройств, формирование подобной патологии проходит через этап предболезни, когда личность (индивид) находится в группе риска по возникновению пограничного нервно-психического расстройства. Это неустойчивое состояние между здоровьем и болезнью иногда сохраняется достаточно долго и может сместиться как в сторону здоровья, так и в сторону патологии под влиянием различных факторов [7]. Именно этот риск позволяет говорить о высокой актуальности исследований в области предболезни и, более конкретно, о важности участия в этих процессах такого компонента психики, как самоотношение.

Необходимо кратко уточнить наше понимание невротических расстройств. Постепенный переход в классификации психических расстройств от парадигматических подходов, основанных на описании т. н. «типичных случаев» к операциональным диагностическим системам, базирующимся на жестко сформулированных наборах признаков или симптомов, предопределил отказ от нозологического принципа в диагностике в пользу синдромального или скорее даже «симптомокомплексного». В связи с этим из современных классификаций психических расстройств фактически исчезло понятие невроза, а наличие в названии раздела F4 МКБ-10 термина «невротические расстройства» является лишь уступкой некоторым профессиональным предпочтениям, причем довольно абсурдным по сути, так как далее этот термин нигде более не употребляется. Означает ли это, что традиционное понимание невроза постепенно уходит? С нашей точки зрения, для сохранения самого понимания неврозов особое положе-

ние приобретает именно психотерапия [1]. Подход к диагностике, а главное к психотерапии невротических расстройств напрямую связан с определенной личностной концепцией. Отсюда вытекает понимание нормы (в психотерапии – личности), патологии (в психотерапии – личностных нарушений) и логически следующее из этого представление о задачах и способах лечения [4].

Например, основные задачи психотерапии в рамках динамического направления заключаются не столько в симптоматическом улучшении, которое может соответствовать рубрикам МКБ-10, сколько в психологической коррекции личности, в реконструкции и восстановлении нарушенной системы отношений больного неврозом, что невозможно без целостного понимания невроза как особого клинического и психологического феномена. Именно этим подходам следует крупнейшая отечественная Санкт-Петербургская школа психотерапии, базирующаяся на психологии отношений и патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова [4], являющейся ее дальнейшим развитием в современных условиях.

В связи с этим важен вопрос, который поднимает И.С. Кон [10]: может ли индивид адекватно воспринимать и оценивать себя в связи с проблемой соотношения главных функций самосознания – регуляторно-организующей (в сущности, как раз связанной с отношениями) и эго-защитной. Чтобы успешно направлять свое поведение, субъект должен обладать адекватной информацией, но эго-защитная функция ориентирована преимущественно на поддержание самоуважения и стабильности образа «Я» даже ценой искажения информации. Кроме того, для больного неврозами характерно наличие не одного или двух ведущих, наиболее значимых конфликтов, а существование широкого их спектра, что усугубляет ситуацию. При этом, конечно, есть значительная разница между лицами с повышенным уровнем невротизации и пациентами с невротическими расстройствами. Повышенная невротизация – это, скорее, свойство личности, нежели болезнь [8]. Такая личность отличается эгоцентрической направленностью, которая проявляется как в склонности к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, так и в сосредоточенности на переживаниях своих личностных недостатков.

Однако при этом нельзя утверждать однозначно отсутствие связи между повышенным уровнем невротизации и неврозом. Дело в том, что лица с повышенным уровнем невротизации имеют ряд специфических

черт, которые могут оказывать существенное влияние на общее состояние психики индивида. Они характеризуются достаточно сильным снижением самооотношения, общим пассивным отношением к жизненной ситуации, сниженным уровнем общей субъектности. При этом установка неадекватно низкой оценки собственной способности к саморуководству также негативно сказывается на самооценке [5]. Все это значительно ослабляет личность и может послужить своеобразной «платформой» для развития невротических расстройств, что однозначно вводит ее в «группу риска» невротизированных личностей.

В данной работе важен еще один небезынтересный момент – гендерные отличия в самооотношении на различных уровнях невротического состояния. Дело в том, что «гендер» – понятие прежде всего социальное, а не биологическое, и утверждая понятие «гендерных различий» в психике, мы говорим о социальной природе этих различий [2].

Между тем вопрос о гендерных различиях все еще остается очень спорным.

Так, в фундаментальном исследовании Э. Маккоби и К. Джеклин «Психология половых различий» систематизировано более 2000 работ, обнаруживающих отсутствие гендерных различий, как таковых [17]. В 1988 году Дж. Хайд и М. Линн провели мета-анализ исследований гендерных различий в речевых способностях и обнаружили, что в 5 из 8 случаев (более 60 %) они близки к нулю [16].

Также опираясь на данные множества исследований, можно отметить, что по поводу того, кто в принципе адекватнее оценивает себя – мужчины или женщины, исследователи не пришли к согласию. О.М. Мороз (1976) выявил, что юноши 16–17 лет дают в большинстве случаев завышенные самооценки; девушки оценивают себя либо адекватно, либо обнаруживают неадекватно заниженную самооценку. Однако В.Л. Ситников (2001) нашел, что по всем компонентам структуры Я-образа младшие мальчики более самокритичны, чем девочки [15]. Н.Н. Обозов (1995) считает, что мужчинам присуща объективность при оценке восприятия мира, в то время как для женщин характерна субъективность и впечатлительность, так как при восприятии мира они больше ориентированы на свое состояние, настроение [12]. Если говорить не об адекватности самооотношения, а о его структуре, то здесь исследователи сходятся в том, что для женщин и мужчин в самооотношении существуют разные доминанты. При описании своего психологического портрета женщины, согласно данным Н.Н. Киреевой и О.К. Карпухиной (2001), значительно чаще фокусируются

на эмоциональной сфере, а мужчины – на деятельностно-волевой [9]. Таким образом, мы можем отметить, что, несмотря на множество исследований, вопрос гендерных различий все еще остается открытым и достаточно противоречивым.

Указанные данные позволяют сформировать гипотезу для настоящего исследования, состоящую из трех частей. Первая часть касается того, что мы можем проверить наличие различий в структуре самооотношения мужчин и женщин, обусловленное разностью его доминант. Вторая – того, что на разных уровнях невротизации у мужчин и женщин возможны отличающиеся изменения в структуре самооотношения. И, наконец, третья часть касается предположения о том, что мужчины и женщины на разных уровнях невротизации могут использовать различные способы компенсации изменений в самооотношении.

Материал и методы

Объектом исследования явилось 180 человек. Контрольную группу составили 60 человек (30 условно здоровых мужчин и 30 условно здоровых женщин). Основные группы составили мужчины и женщины в возрасте 20–25 лет, больные невротическими расстройствами мужчины и женщины в возрасте 20–25 лет с повышенным уровнем невротизации (по 30 человек соответственно). Исследование проводилось среди учащихся Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии и на базе Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы № 7 им. акад. И.П. Павлова («Клиника невротозов»).

Для проверки гипотезы были использованы следующие методики: «Опросник Самоотношения Столина», «Уровень невротизации», «Семантический дифференциал», «Доминирующие состояния», «Уровень развития субъектности личности», «Уровень субъективного контроля». «Уровень невротизации» позволяет оценить уровень невротизации в каждом конкретном случае и совершить распределения респондентов. Содержательная часть шкалы невротизации включает в себя основные проявления невротических состояний. «Опросник Самоотношения Столина» (Столин В.В., Пантилеев С.Р., 1988) построен в соответствии с разработанной автором иерархической моделью структуры самооотношения. Он позволяет говорить не только об общем показателе самооотношения, но и выявить три уровня самооотношения, отличающихся по степени обобщенности: глобальное самооотношение; самооотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе;

уровень конкретных действий (готовности к ним) по отношению к своему Я. Высокая дифференцированность самоотношения позволяет, таким образом, наблюдать его конкретные структурные изменения, а не просто констатировать снижение или повышение какого-то единого показателя. Методика «Уровень субъективного контроля» (1974) направлена на выявление личностной характеристики, описывающей, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом собственной деятельности, а в какой – пассивным объектом действия других людей и внешних обстоятельств. Опросник сбалансирован по следующим параметрам: по интернальности – экстернальности, по эмоциональному знаку, по направлению атрибуций. Содержит следующие шкалы: шкала общей интернальности (ИО), шкала интернальности в области достижений (ИД), шкала интернальности в области неудач (ИН), шкала интернальности в семейных отношениях (ИС), шкала интернальности в области производственных отношений (ИП), шкала интернальности в области межличностных отношений (ИМ), шкала интернальности в отношении здоровья к болезни (ИЗ). Методика «Доминирующие состояния» (Куликов Л.В., 2003) направлена на определение характеристик настроений. Содержит в себе следующие измеряемые параметры: пассивное/активное отношение к жизненной ситуации, уныние/бодрость, тонус: низкий/высокий, напряжённость/раскованность, тревога/спокойствие, неустойчивость/устойчивость эмоционального тона, неудовлетворённость/удовлетворённость жизнью в целом, отрицательный/положительный образ самого себя. Методика «Уровень развития субъектности личности» (Щукина М.А., 2004) определяет способность обследуемого осуществлять самоуправление в собственном социальном контексте. Измеряются как отдельные уровни проявления субъектности личности, так и их общий суммарный показатель. Методика «Семантический дифференциал» (Osgood С.Е., 1952) направлена на выявление позиции индивида в семантическом пространстве аффективных значений. В качестве оцениваемых параметров использовался следующий стимульный ряд: «Я – реальное», «Я – идеальное», «Тело», «Мужчины», «Женщины», «Друг», а для групп, пациентов с невротическими расстройствами, добавлялся параметр «Я – до – болезни». Полученные результаты были обработаны с помощью сравнения средних показателей, а также методов корреляционного и регрессионного анализов при применении программы обработки данных SPSS Statistics 17.0.1.

Результаты и их анализ

Условно здоровые мужчины и женщины не продемонстрировали значимых различий ни в сравнении средних показателей глобального самоотношения, ни в его структуре. Рассмотрение корреляционных плеяд показывает, что и мужчины и женщины во многом связали свое самоотношение с ожидаемым отношением от других (образы «мужчины», «женщины», «другие», «Семантический дифференциал»). Стоит отметить, что показатели образов значимых других и ожидаемое отношение от них, оказывались также связаны с показателями тонуса и тревоги. Впрочем, все эти параметры либо оказывались в пределах нормы, либо уравнивались положительными связями с параметрами самоуважения и аутосимпатии, которые, в свою очередь, связаны с самопониманием («Опросник самоотношения Столина»). Это позволяет дать следующую интерпретацию: самоотношение является по-настоящему открытой системой, где итоговая самооценка оказывается в выраженной связи с окружающей средой и работает в рамках еще большей системы – системы отношений с окружающими. Некоторая зависимость от других, которая при этом неизбежно возникает, в норме успешно уравнивается интернальными показателями, опирающимися на самопонимание. Значимых гендерных различий на этом уровне не обнаруживается.

Однако возникает другое замечание. Получается, что мы не можем рассматривать самоотношение личности как структуру, «экстерриториальную» окружающей среде, что, в свою очередь, позволяет говорить уже о некоторой недостаточности самого определения «само-отношение». Нам сложно рассмотреть самоотношение как таковое, так как оказывается невозможным отделить его от всей системы отношений личности, в которой это самоотношение пребывает. Получается, что, исследуя «самоотношение» личности, мы исследуем скорее восприятие личностью отношения к ней окружающих. Это восприятие, будучи преломлено через призму самопонимания, по-видимому, и составляет всю Я-концепцию.

Однако эта ситуация коренным образом меняется с повышением уровня невротизации, где самоотношение, столь обширно опиравшееся на свою систему отношений, стремительно интернализуется. Далее мы опишем, как это происходит.

И мужчины, и женщины продемонстрировали достоверно значимое снижение параметров самоотношения в связи с нарастанием невротизации – уровень предболезни («Опросник самоотношения Столина», «Уровень невротизации»).

Уже не окружение личности, а переживания тревоги и напряжения оказывали отрицательное воздействие на самоотношение. Так, и мужчины, и женщины с повышением уровня невротического состояния, демонстрируют его положительную связь с самообвинением («Опросник самоотношения Столина», «Уровень невротизации»). Данные исследования семантических пространств для невротизированных женщин показали разрыв между образами «Я – реальное» и «Я – идеальное» («Семантический дифференциал»). Прослеживается снижение выраженности разрыва между количественными показателями от оценки этих образов (где разница между ними максимальна) до оценки силы и активности этих образов (где разница между ними минимальна). Такие данные позволяют предположить, что личность предпринимает практически всю возможную для себя активность, но, тем не менее, не добивается удовлетворения собой. Это становится вектором нарастания напряжения, что дополнительно подтверждается ростом соответствующих показателей тревоги и уныния в присутствии соответствующих корреляционных связей.

Для невротизированных же мужчин сопоставление образов «Я – реального» и «Я – идеального» также обернулось неблагоприятно, но совершенно в ином ключе. Для них также оказалась характерной тенденция к сопоставлению образов «Я – реальное» и «Я – идеальное», но вот в дальнейшем наблюдалась проецирование собственного «Я – идеального» на «Я – реальное», что явилось причиной снижения естественной активности и мотивации по достижению своего эталона.

Что касается компенсации сниженного самоотношения, то можно утверждать, что невротизированные женщины продемонстрировали тенденцию к когнитивной саморегуляции. Это выразилось в попытках компенсации заниженной самооценки при помощи ее когнитивных компонентов: «саморуководство», «самоинтерес», «самоуважение», однако неадекватное восприятие в себе этих качеств обернулось негативными последствиями для самооценки и неблагоприятными телесными ощущениями. Так, стремление к саморуководству, где выраженность этой тенденции усиливалась благодаря яркой его связи с самооценкой, вылилось в тенденцию к попыткам усиления самоконтроля, что, в свою очередь, оборачивались повышением напряжения, скованности, тревоги и снижением тонуса. При этом интернальность в области собственных достижений парадоксальным образом оказалась связанной с самообвинением, что позволяет сделать предположение о тенденции приписывать себе ответственность за неудачи, а за успехи – внешним факторам.

Мужчины же с развитием невротического состояния снова продемонстрировали противоположную тенденцию. А именно – значительное снижение интернальности в области межличностных отношений, обусловленное нарастанием самообвинения. Это приводило к зависимости от окружающих, что, вместе со стремлением избегать неудач, оборачивалось напряжением и падением тонуса.

При этом невротизированные мужчины продемонстрировали тенденцию к идеализации окружающих, связывая это с возможностью получения от них положительных оценок. Однако растущая экстернальность приводила к тому, что происходило противопоставление образа своего «актуального Я» идеализированным другим.

Таким образом, мы можем отметить, что с повышением уровня невротизированности женщины стремятся опираться исключительно на интернальные параметры в самоотношении, причем эти тенденции, по данным корреляционного анализа, оказались менее связанными со своим окружением, где начало возникать некоторое «отчуждение» (корреляционный анализ параметра «ожидаемое отношение от других» показал обеднение плеяды). Мужчины же, напротив, с повышением невротизации продемонстрировали скачкообразный рост зависимости самоотношения от других, причем это также оказалось связано с изменением их восприятия окружающих с адекватного на идеализированное (обогащение плеяды, рост положительных связей с самоотношением).

При дальнейшем развитии невротического состояния картина еще раз меняется и выглядит следующим образом.

Женщины, больные неврозами, продемонстрировали заниженный интегральный показатель самооценки и по сравнению с условно здоровыми женщинами, и по сравнению с невротизированными женщинами. Кроме того, женщины, больные неврозами, показывают зависимость самооценки уже от актуальных эмоциональных переживаний, а не от когнитивной саморегуляции.

Мужчины, больные неврозами, также показали заниженный интегральный показатель самооценки по сравнению с обеими группами мужчин. При этом гендерные различия между мужчинами и женщинами заключаются в том, что у мужчин прослеживается более интенсивное снижение самооценки при развитии невротического состояния, нежели у женщин. Если же говорить о гендерных различиях, то исследования обнаруживают следующие результаты.

Женщины, больные невротизмом, оказались склонны к идеализации собственного «Я – до болезни», что приводило к его противопоставлению своему актуальному «Я» и негативным последствиям для самооценки. В качестве важного гендерного различия можно отметить, что мужчины, больные невротизмом, не продемонстрировали подобных противопоставлений, но зато показали проекцию на образ «актуального Я» не только образа «Я – идеального», но и «Я – реального». Эти параметры оказывались отрицательно связанными с самообвинением, что служило поводом к искажениям критики образа «Я – реального».

При этом в компенсации собственного самоотношения женщины, больные невротизмом, демонстрировали противоречивые тенденции. Так, несмотря на идеализацию собственного образа «Я – до болезни» и его противопоставлению своему образу «Я – реального» с негативными последствиями для актуальной самооценки, наблюдались и тенденции к аддитивной компенсации заниженной самооценки с помощью завышения, по сравнению с другими двумя группами, ее аффективных компонентов (таких как «аутосимпатия», «самопринятие»). Этот процесс принял на себя роль чисто аффективной саморегуляции, что подкрепляется также статистически достоверным снижением параметров самокритики.

Мужчины же, напротив, на этот раз продемонстрировали укрепление когнитивных способов саморегуляции, что выразилось в наращивании связей между параметрами собственной субъектности («Уровень развития субъектности личности») и самообвинением, но на фоне низкого тонуса и повышенной тревоги этот механизм привел только к снижению общей субъектности и носил потому характер декомпенсации.

Упомянутая противоречивость в компенсаторных процессах, вероятно, и является одной из причин снижения самопонимания как для женщин, больных невротизмом, так и для мужчин. Характерное для них снижение этого параметра, связанное, кроме того, с усугублением невротического состояния («Опросник самоотношения Столина», «Уровень невротизации»), заставляет их, по-видимому, совершать попытки поиска оценочной информации о себе извне – то есть «экстернализировать» самооценку.

Мы уже говорили о том, что самоотношение как открытая система опирается на еще большую систему – систему отношений всей личности в целом. Но если в случае повышения невротизации женщины стараются прерывать эту связь, а мужчины – наращивать вплоть до зависимости, то в случае заболевания невротизмом ситуация усугубляется. И, как и в предыду-

щем случае, мы наблюдаем еще более резкое обозначение гендерных различий с осложнением общей ситуации.

Так, женщины с невротическими расстройствами вследствие повышенной экстернальности оказались склонны к дальнейшему противопоставлению своей личности образу других женщин, несмотря на то что ожидали от них же положительного отношения, что вело к негативным последствиям для самооценки, и формировали неблагоприятные телесные переживания в виде скованности, упадка тонуса и тревоги.

Мужчины же с невротическими расстройствами избегали подобного противопоставления, однако показали настолько выраженное снижение общей активности, что это вылилось в напряженность, падение тонуса и привело к формированию негативного образа самого себя. В целом это привело к росту показателей самообвинения. В свою очередь, самообвинение и низкая активность создали хорошую платформу для ригидности в области компенсаторных реакций (по типу «замирания») – и вот уже тогда мужчинами было продемонстрировано бесповоротное снижение параметра «самопонимание», что привело к тенденции к окончательной опоре на оценки окружающих при значительном дефиците самооценивания.

Таким образом, мы можем заключить, что для больных невротическими расстройствами женщин, очевидно, характерна декомпенсация и «возвращение» к попыткам опираться на отношение к себе окружающих. Однако здесь уже наблюдается противоречие: несмотря на высокий уровень ожидаемого отношения к себе, прослеживается противопоставление себя другим, что приводит к аффективным искажениям. Что касается больных невротическими расстройствами мужчин, то они показали попытку компенсации самоотношения через повышение уровня субъектности, но это, вследствие низкого тонуса и тревоги, привело к срыву. Это крайне негативно сказалось на самоотношении и самопонимании, что, в свою очередь, побудило их окончательно обратиться к оценкам окружающих.

Таким образом, мы можем отметить, что женщины с повышенным уровнем невротизации оказались под влиянием выраженной когнитивизированной установки, касающейся самоотношения. В самоотношении они отказываются от опоры на свое окружение, что мгновенно порождает потребность в новой опоре, которую они находят в высоких требованиях к самим себе. В результате нарастающего напряжения они фактически теряют способность к безусловно ценностному восприятию своей личности (что является здоровой установкой) и даже более того – безусловно ценностные компоненты самоотношения (аутосимпатия, самопринятия) оказы-

ваются связаны с самообвинением. Длительно существующее психическое напряжение женщин с повышенным уровнем невротизации, усугубляемое сниженной самооценкой, выраженным самоконтролем и предъявлением завышенных требований к себе с одновременным самообвинением в непродуктивности и несостоятельности, создает крайне неблагоприятную predisposition, ведущую к стрессам психической деятельности и развитию невротического состояния. Выявлена зависимость самоотношения от самоконтроля, но установка неадекватно низкой оценки собственной способности к саморуководству негативно сказывается на их самооценке. При усилении самоконтроля у женщин с повышенным уровнем невротизации повышается напряжение, скованность и падает тонус, но самоотношение улучшается. Прослеживается также тенденция приписывать себе ответственность за неудачи, а за успехи – внешним факторам. Самообвинение растет с увеличением интернальности в области достижений, что объясняется конфликтом высокого уровня притязаний и субъективно низкой оценкой своих возможностей.

Невротизированные же мужчины, продемонстрировав отрицательную связь между уровнем невротизации и самопониманием, сразу увеличивают объем обращения к оценкам окружающим, используя их как источник положительной информации о себе. Дело усугубляется тем, что доля интернальности в межличностных отношениях у невротизированных мужчин оказалась выражено сниженной. Это приводило к росту зависимости от окружающих, что вкупе со стремлением избегать неудач вызывало рост напряжения, падение тонуса и прочие негативные телесные проявления. Они показали тенденцию к идеализации окружающих, связывая это с возможностью получения от них положительных оценок. Однако растущая экстернальность приводила к тому, что происходило противопоставление образа своего «актуального Я» идеализированным другим – и конечно, это негативно сказывалось на самоотношении невротизированных мужчин. При этом невротизированные мужчины проявляют тенденцию к проецированию собственного «Я – идеального» на «Я – реальное», что является причиной снижения естественной активности по достижению своего эталона.

У женщин же, больных невротозами, происходит декомпенсация когнитивных попыток саморегуляции и заниженная самооценка начинает находиться под влиянием аффективных компенсаторных механизмов. Они продемонстрировали зависимость самооценки от актуальных эмоциональных переживаний, аффективных факторов самоотношения и параметров

телесного состояния. Вместе с тем женщины, больные неврозами, показывают вновь возрастающую экстернальность, причем снижение самообвинения позволяет предположить искажения самокритики, что в купе с развитием экстернальности и ростом ожидания положительного ожидания от других позволяет предполагать широкий спектр защитных искажений в области межличностных отношений – от примитивных до высших. Таким образом, они стремятся вернуться к «опоре» на других в самоотношении – но эта попытка терпит фиаско из-за противоречий, которые заключаются в том, что выявляется обратная взаимосвязь самоотношения с содержательными параметрами образа других женщин, что позволяет говорить о противопоставлении больными неврозами женщинами своей личности остальным женщинам, несмотря на ожидание положительного отношения от них. Также было отмечено, что подобное явление оказывает неблагоприятное влияние на тонус личности, вызывает рост напряженности, тревоги, неудовлетворенности жизнью в целом и может вызывать явления тревожно-депрессивного характера и дальнейшее повышение уровня невротизации.

У мужчин, больных неврозами, самоотношение находится на еще более низком уровне, а также снижены показатели субъектности и интернальности – они образовали самые низкие значения по всем трем группам. Значительно снижены соматические показатели. Падение показателей интернальности и субъектности приводило к тому, что в принципе исчезало противопоставление образа своего «актуального Я» другим – и этот механизм дошел до того, что вообще любое проявление субъектности оказалось связано с тревогой и самообвинением. Еще одним аспектом, значительно усугубляющим ситуацию, оказалась позиция креативности. Корреляционный анализ показал положительную связь креативности и самообвинения, а также отрицательную связь креативности и самопонимания. Это говорит о том, что мужчины с невротическими расстройствами отказываются от новых форм поведения в угоду старым. Это означает ригидность и застревание на прежних, невротических формах поведения как раз тогда, когда необходимо найти новые способы совладания и адаптации.

Выводы

Самоотношение не является «экстерриториальной» структурой по отношению к окружению личности. Это не позволяет рассмотреть его в «чистом виде», как таковое, в отрыве от системы отношений. Учитывая, таким образом, некоторую несамостоятельность этого понятия, мы долж-

ны понимать, что, говоря о «самоотношении личности», мы имеем дело скорее с формой того, как личность взаимодействует с другими, а не с «чистым самоотношением», каковое является, по-видимому, понятием не-самодостаточным и производным. Такая концепция понимания подталкивает нас к тому, чтобы уже изначально ставить другие вопросы, лучше раскрывающие суть предмета нашего обсуждения. Эти вопросы должны носить онтологический характер, а не чисто описательный. То же самое касается и «гендерных различий» в самоотношении, которые отчетливо прослеживаются только с повышением уровня невротизации и говорят о том, что нарушилась не только система отношений личности с самой собой, но и с другими. При возникновении такой ситуации мы можем констатировать не только проявление самих гендерных различий, но и отметить, что и у женщин, и у мужчин векторы компенсации сниженного самоотношения меняются на разных уровнях невротизации. Женщины с повышенным уровнем невротизации (уровень предболезни) прибегают к практически тотальной интернализации процессов самоотношения, придавая им, наряду с высокими требованиями к себе, исключительно когнитивный характер и почти полностью исключая безусловно безоценочные компоненты самопринятия. Это сопровождается ростом напряжения, тревоги и последующей декомпенсацией. Женщины, больные неврозами, наоборот, максимально экстернализируют собственную самооценку, ожидая положительного отношения от других, но при этом противопоставляют себя окружающим. Их собственное самоотношение, таким образом, в этот момент может приобретать настолько аффективные оттенки, что могут прослеживаться искажения самокритики.

У мужчин же с повышенным уровнем невротизации (уровень предболезни) главным вектором компенсации самоотношения изначально служит идеализация собственного Я и поиск подтверждения этого от окружающих, что оборачивается зависимостью от них и их идеализацией, череватых зависимостью в межличностных отношениях. При заболевании неврозом эти механизмы не только усиливаются, но еще и дополняются стремлением к общей жизненной пассивности, что способствует застреванию на неадаптивных формах поведения, а также значительно снижает возможность произвольного улучшения.

Литература

1. Бабин С.М. Психотерапия как фактор сохранения концепции невроза / С.М. Бабин // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сб. тезисов науч.-практ. конф. с межд. участием. – СПб. : Санкт-

Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2011. – С. 23–24.

2. Жеребкина И. Введение в гендерные исследования. – Харьков : ХЦГИ, 2001. – 121 с.

3. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. – СПб. : Питер. – 2001. – 544 с.

4. Исурина Г.Л. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия и основные тенденции ее развития // Науч. материалы науч.-практ. конф. «Психотерапия: от теории к практике». – СПб., 1995. – С. 81–87.

5. Кайдановская Е.А. Исследование психологических характеристик больных невротизмом в процессе патогенетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1987. – 23 с.

6. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств. – СПб. : СпецЛит, 2017. – 286 с.

7. Карвасарский Б.Д. Невротизм. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.

8. Кемпински А. Психопатология невротизма. – Варшава, 1975. – С.52.

9. Киреева Н.Н., Карпухина О.К. Психологический портрет старшего поколения на пороге XXI века // Тез. науч.-практ. конф. «Ананьевские чтения – 2001». – СПб. : 2001. – С. 36–37.

10. Кон И.С. Открытие Я. – М. : 1978. – С. 92.

11. Менделевич И.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – 4-е изд. – М. : МЕД пресс-информ, 2002. – 592 с.

12. Обозов Н.Н. Психологическая культура отношений: метод. пособие. – СПб.:1995. – 23 с.

13. Психотерапевтическая энциклопедия. – 3-е изд., перераб. и доп. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер Ком, 2006. – 944 с.

14. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. – М. : Медицина, 1987. – 184 с.

15. Ситников, В.Л. Психодиагностические методы в практике клинических психологов: учебное пособие. – СПб. : ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2005. – 73 с.

16. Hyde J.S., Linn M.C. Gender differences in verbal ability: A meta-analysis // Psychological bulletin. – 1988. – Vol. 104, N 1. – P. 53–69.

17. Maccoby E., Jacklin C. The Psychology of Sex Differences. – Stanford University Press, 1974. – P. 47–161.

Поступила 01.11.2018

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

Для цитирования. Медведев Н.Н., Бабин С.М. Обусловленность гендерных различий в компенсации самооотношения на разных уровнях невротических состояний // Вестн. психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 29–46.

**CONDITIONALITY OF GENDER DIFFERENCES IN THE COMPENSATION
OF SELF-ATTITUDE AT DIFFERENT LEVELS OF THE NEUROTIC STATE**

Medvedev N.N.¹, Babin S.M.^{2,3,4}

¹ Center for group psychotherapy, psychological counseling and educational activities
The Sun (Bolshaya Morskaya Str., 3/5, Saint-Petersburg, Russia);

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia);

³ Saint-Petersburg State University (21st line, 8, St. Petersburg, Russia);

⁴ Psychiatric hospital N 1 named after P.P. Kaschenko

(Menkovskaya Str. 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, Russia).

✉ Nikolay Nikolaevich Medvedev – clinical psychologist center for group psychotherapy, psychological counseling and educational activities The Sun (Bolshaya Morskaya Str., 3/5, Saint-Petersburg, 191186, Russia); e-mail: nmedvedev@gmail.com;

Sergey Michailovich Babin – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Psychotherapy and Sexology North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), Saint-Petersburg State University (21st line, 8, St. Petersburg, 199034, Russia), Psychiatric hospital N 1 named after P.P. Kaschenko (Menkovskaya Str. 10, p. Nikolskoye, Leningrad region, 188357, Russia); e-mail: sergbabin@inbox.ru,

Abstract. There are provided results of a study on the identification of the features of the structure of self-attitude in men and women at different levels of the neurotic state. Control group consisted of 60 conditionally healthy men and women. The main groups were 60 men and women with an increased level of neurotic and 60 men and women with a neurosis. The total selection was 180 people. It has been established that gender differences in the structure of self-relation arise only with an increase in the level of neurotization. From a comprehensive description of these differences, it follows that self-relation is a flexible and open structure, closely connected with the system of personal relations, and cannot be considered isolated from it. The study reflects the nature of the interaction of the self-relationship of the individual with the system of its relations with others at different levels of neuroticism and taking into account gender characteristics.

Keywords: neurosis, gender differences, self-attitude, anxiety, compensation, system of relations, level of neurotic, medical psychology.

References

1. Babin S.M. Psihoterapija kak faktor sohraneniya koncepcii nevroza [Psychotherapy as a factor in maintaining the concept of neurosis]. *Nevrozy v sovremennoy mire. Nove konceptii i podhody k terapii* [Neurosis in the modern world. New concepts and approaches to therapy]. Sankt-Peterburg. 2011. Pp. 23–24. (In Russ.)

2. Zherebkina I. Vvedenie v gendernye issledovanija [Introduction to Gender Studies]. Har'kov. 2001. 121 p. (In Russ.)
3. Il'in E.P. Differencial'naja psihofiziologija muzhchiny i zhenshhiny [Male differential psychophysiology]. Sankt-Peterburg. 2001. 544 p. (In Russ.)
4. Isurina G.L. Lichnostno-orientirovannaja (rekonstruktivnaja) psihoterapija i osnovnye tendencii ee razvitiija [Personality-oriented (reconstructive) psychotherapy and the main trends of its development]. *Psihoterapija: ot teorii k praktike* [Psychotherapy: from theory to practice]. Sankt-Peterburg. 1995. P. 81–87. (In Russ.)
5. Kajdanovskaja E.A. Issledovanie psihologicheskikharakteristik bol'nyh nevrozami v processe patogeneticheskoi psihoterapii [The study of psychological characteristics in the process of pathogenetic psychotherapy]. : Dissertation PhD. Psikhol. Sci. Leningrad. 1987. 23 p. (In Russ.)
6. Karavaeva T.A., Kocjubinskij A.P. Holisticheskaja diagnostika pogranychnyh psihicheskikh rasstrojstv [Holistic diagnosis of borderline mental disorders]. Sankt-Peterburg. 2017. 286 p. (In Russ.)
7. Karvasarskij B.D. Nevrozy [Neurosis]. Moskva. 1990. 576 p.
8. Kempinski A. Psihopatologija nevrozov [Psychopathology of neurosis]. Varshava. 1975. P. 52. (In Russ.)
9. Kireeva N.N., Karpuhina O.K. Psihologicheskij portret starsheklassnika na poroge XXI veka [Psychological portrait of a high school student on the threshold of the XXI century]. *Tezisy nauchno-prakticheskoi konferencii "Anan'evskie chtenija – 2001"* [Abstracts of the Scientific and Practical Conference "Ananyevskie readings – 2001"]. Sankt-Peterburg. 2001. P. 36–37. (In Russ.)
10. Kon I. S. Otkrytie Ja [Discovery I]. Moskva. 1978. P. 92. (In Russ.)
11. Mendelevich I.D. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija. Prakticheskoe rukovodstvo. 4-e izd. [Clinical and medical psychology. A practical guide]. Moskva. 2002. 592 p. (In Russ.)
12. Obozov N.N. Psihologicheskaja kul'tura otnoshenij: metodicheskoe posobie [Psychological culture of relationships: a methodological guide]. Sankt-Peterburg. 1995. 23 p. (In Russ.)
13. Psihoterapevticheskaja jenciklopedija [Psychotherapeutic encyclopedia]. Eds.: B.D. Karvasarski. Sankt-Peterburg. 2006. 944 p. (In Russ.)
14. Semichev S.B. Predboleznennye psihicheskie rasstrojstva [Pre-Illness Psychiatric Disorders]. Moskva. 1987. 184 p. (In Russ.)
15. Sitnikov V.L. Psihodiagnosticheskie metody v praktike klinicheskikh psihologov. Uchebnoe posobie [Psychodiagnostic methods in the practice of clinical psychologists. Tutorial]. Sankt-Peterburg. 2005. 73 p. (In Russ.)
16. Hyde J.S., Linn M.C. Gender differences in verbal ability: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 1988. Vol. 104, N 1. Pp. 53–69.
17. Maccoby E., Jacklin C. The Psychology of Sex Differences. *Stanford University Press*. 1974. Pp. 47–161.

Received 01.11.2018

For citing. Medvedev N.N., Babin S.M. Obuslovlennost' gendernykh razlichij v kompensatsii samootnosheniya na raznykh urovnyakh nevrotycheskikh sostoyanij. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 68 (73). P. 29–46.

Medvedev N.N., Babin S.M. Conditionality of gender differences in the compensation of self-attitude at different levels of the neurotic state. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 68. Pp. 29–46. **(In Russ.)**

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕНСОРНОЙ ИМПУЛЬСНОЙ СТИМУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

¹ Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой,
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9);

² Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова
(Россия, Санкт-Петербург, Фермское шоссе, д. 36).

В статье представлены результаты исследования 60 больных паническими атаками, которые характеризовались высоким уровнем страха и тревоги, нерезким снижением продуктивности и неустойчивостью умственной работоспособности, а также выраженным нарушением личностной адаптации и эмоционального перенапряжения. Описан опыт применения лечебно-коррекционных воздействий методом формирования и активаций артифициальных стабильных функциональных связей с использованием фотостимуляций заданной частоты у 18 больных из обследованной группы. Выявлено, что за период 10 сеансов активаций АСФС наблюдается положительная динамика как со стороны клинико-психологических данных, так и функционального состояния головного мозга.

Ключевые слова: паническая атака, артифициальные стабильные функциональные связи, психофизиологическое состояние

Введение

Поиск эффективных способов лечения панических атак (ПА) чрезвычайно актуален. Это связано прежде всего с ростом заболевания во всём мире. Распространенность ПА среди населения разных стран колеблется в диапазоне 1–5 % [42, 43, 44, 45]. Кроме того, болезнь поражает лиц главным образом молодого возраста. Традиционная фармакотерапия не всегда дает положительные результаты и, кроме того, может вызывать побочные

Резникова Татьяна Николаевна – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр. Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Рос. акад. наук (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9), e-mail: tnreznikova@ Rambler.ru;

✉ Федоряка Денис Александрович – аспирант Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Рос. акад. наук (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9), e-mail: psyfed@gmail.com;

Селиверстова Наталья Алексеевна – канд. психол. наук, науч. сотр. Института мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Рос. акад. наук (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9), e-mail: seliv_nat@mail.ru;

Моховикова Ирина Александровна – канд. биол. наук, электрофизиолог Городской психиатр. больницы № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, Фермское шоссе, д. 36), e-mail: mohovikovai@mail.ru.

нежелательные эффекты. К тому же часто сами больные с данной патологией отказываются принимать лекарства, мотивируя отказ страхом формирования зависимости от препаратов, а также негативного влияния на здоровье. И наконец, психотерапия, которая активно используется при данном заболевании, также имеет свои недостатки, так как зависит от многих факторов, таких как длительность курса лечения, опыт психотерапевта и др. В последнее время разрабатываются комбинированные способы, включающие фармакотерапию и психотерапию. Однако они также не лишены недостатков, описанных выше. Вместе с тем патогенез заболевания ПА до настоящего времени недостаточно изучен. Данные многочисленных исследований с использованием современных технологий достаточно противоречивы и пока не могут однозначно объяснить характер патологии – приступообразность, особенности страха, импульсивность и неодолимость в срочном получении помощи при высокой активности больных, превалирование в поведении процессов возбуждения [37, 39, 40]. Необъяснимый страх и отношение к нему вызывают резко негативное переживание, что способствует активному желанию избавиться от болезни. В периоды ремиссии больные чрезвычайно фиксированы на возможных приступах страха, активно ищут помощи и сочувствия со стороны окружающих и находятся в постоянном поиске врачей. Характер патологии и страх ожидания приступа оказывают влияние на исходно повышенный уровень тревожности, различные опасения больных и вторично провоцируют появление приступа. Всё это резко снижает качество жизни молодых людей и вызывает зависимое от данного заболевания поведение.

Отсутствие явных органических нарушений ставит данное заболевание в ряд функциональных расстройств ЦНС и может указывать на его дизрегуляторный характер. Такого рода патология связана, как правило, с нарушением как функционального состояния мозга, так и с нарушением психического состояния. По представлениям А.М. Зимкиной [4, 5, 6, 7], в основе таких заболеваний лежит нарушение «церебрального гомеостаза», то есть нарушение регуляторных механизмов мозга. Диагностика таких больных представляет сложности, так как они предъявляют большое количество трудно объективизируемых разнообразных жалоб. Клиническая симптоматика у больных крайне неустойчива, и на первый план выступает снижение адаптивных и интегративных возможностей мозга и психики. Разные авторы называют такие состояния, как «синдром неустойчивости» [9], «болезни регуляции» [8], «синдром дезинтеграции» [1]. Лекарственные препараты для таких больных оказываются малоэффективными. Лучшими

в этом плане являются методы адаптационной медицины и особенно способы неспецифических воздействий, позволяющих перевести психофизиологическое состояние больных в более оптимальное [10]. В этом плане использование метода формирования и активации артифициальных функциональных связей (АСФС) показало свою эффективность относительно заболеваний как органического, так и функционального генеза, а также для здоровых лиц с целью повышения резервных возможностей организма и личности [14]. Неспецифические стимуляции заданной частоты, такие как активации АСФС с помощью фотостимуляций, воздействуют на регуляторные механизмы мозга и приводят к дестабилизации устойчивого патологического состояния, распаду и редукции синдрома комплекса заболевания [14] и в итоге способствуют формированию нового, более оптимального для данного человека функционального состояния ЦНС.

В основе метода формирования и активаций АСФС [14, 17, 23] лежит экстра- и интро-церебральная импульсная стимуляция на фоне активации подкорковых структур, создаваемой различными способами, например путем однократного приема фармакологического препарата этимизола, обладающего свойствами активатора и неспецифического коннектора. При этом формируются артифициальные стабильные функциональные связи мозга человека [24, 25].

В связи с этим целью настоящей работы явилась оценка перестроек психофизиологического состояния у больных с паническими атаками в процессе лечения методом АСФС. Под «психофизиологическим состоянием» подразумевается понимание интегративных взаимоотношений и взаимодействий физиологических процессов и психической деятельности за определенный период времени.

Материал и методы

Обследовано 60 больных ПА (25 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 17 до 64 лет с длительностью заболевания от 1 месяца до 20 лет и диагнозом «Паническое расстройство» (F 41.0), удовлетворяющим критериям МКБ-10. Клинико-психологическая оценка больных осуществлялась с помощью беседы, опроса, наблюдения, комплекса психологических тестов и регистрации ЭЭГ (табл. 1).

Таблица 1

Методы оценки функционального и психического состояния

Исследуемые характеристики	Показатели	Методы исследования
Психическое состояние	Индекс кратковременной памяти	Двойной тест [Мучник, 1969]
	Пропускная способность зрительного анализатора	Корректирующий тест [Генкин, 1963]
Эмоции	Страх	«Опросник иерархической структуры актуальных страхов личности» (ИСАС) [Щербатых, 2007]
	Депрессия	Тест Зунга [Смулевич, 2003]
	Тревога	Тест Гейлор [Немчин, 1983]
	Агрессия	Тест Басса-Дарки [Ениколопов, 1990]
Личность		Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) [Собчик, 2002]
Функциональное состояние ЦНС	Данные ЭЭГ-обследования	Осуществлялось на 21-канальном энцефалографе фирмы «Мицар» (Россия, Санкт-Петербург)

Из обследованной группы 18 больным проводились коррекционные воздействия методом АСФС в ИМЧ РАН в лечебно-диагностических целях. Малая выборка осуществлялась в связи с новизной использования указанного метода для больных с ПА и рассматривалась как экспериментальная. Каждый участник коррекционной программы давал письменное согласие на участие. Все лица данной группы являлись амбулаторными пациентами и были в состоянии самостоятельно посещать специалиста для получения лечебной процедуры. В ходе первичной беседы оценивалась ориентировка больного на вид помощи и учитывалась модель полученных ранее результатов лечения (отрицательная или положительная) при ее наличии.

Отбор кандидатов на курс коррекции проводился также с учетом клинико-психологического состояния, которое включало выраженность с учетом степени концентрации больного на страхе, тревоге и других симптомах, а также развернутость, частоту приступов. Исключались больные с редкими, 1 раз в неделю и менее приступами ПА или в состоянии полной ремиссии (приступы ПА в анамнезе), с малой степенью развернутости

приступов (1-2 паникоассоциированных симптома), а также пациенты без фиксации на симптоматике.

Лица, проходившие курс АСФС, были способны общаться, отвечать на вопросы, но фокусировались исключительно на тревоге, страхе или других симптомах, вопросы из других сфер обсуждали только пассивно. При этом больные имели 3-4 паникоассоциированных симптома, а частота приступов варьировала от 2 до 4 в неделю. Пациенты с ежедневными тяжелыми приступами ПА, требующими лечения в стационарных условиях, исключались из программы коррекции.

Краткая характеристика больных по полу и возрасту представлена в таблице 2.

Таблица 2
Распределение больных ПА, получавших курс АСФС по полу и возрасту (n=18)

Пол	Возраст			Количество человек абс.
	20–30	30–49	≥ 50	
Мужчины	4	4	0	8
Женщины	4	5	1	10
Итого	8	9	1	18

Из таблицы видно, что большая часть больных среднего трудоспособного возраста.

Курс воздействия АСФС состоял из сеанса формирования АСФС (фотостимуляция 20 гц, длительностью 10 с на фоне действия фармакологического препарата этимизола) и последующих 10 сеансов активаций АСФС (каждый сеанс состоял из 6 посылок фотостимуляций заданной при формировании частоты без дополнительных фармакологических воздействий). Фотостимуляции проводились с помощью «тренажера функциональной активности мозга ТММ Мираж». Курс составлял 4 недели. Во время проведения сеансов больные находились в комфортной позе, лежа, с закрытыми глазами.

До формирования АСФС и после курса 10 сеансов активаций также проводилось психологическое обследование больных и регистрировалась электроэнцефалограмма.

Для оценки функционального состояния ЦНС проводилось ЭЭГ обследование каждого больного. Запись ЭЭГ осуществлялась в состоянии спокойного бодрствования, при воздействии ритмической фотостимуляции

(РФС) и двухминутной гипервентиляции. Посылки фотостимуляции подавались дискретно, в диапазоне от 2 до 26 Гц через 2 Гц сериями по 3–4 с и с такими же интервалами между ними. Энергия вспышки – 0,3 Дж, длительность – 50 мкс. Electrodes располагались по международной системе 10x20. Все ЭЭГ оценивались визуально по разработанной методике [19–22]. Со всеми больными проводилась беседа для выяснения клинико-анамнестических данных.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10.0. for Windows, с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена, критериев Манн–Уитни и Вилкоксона.

Результаты и их анализ

Исходное психическое состояние общей группы обследованных больных (60 чел.) характеризовалось высоким уровнем тревоги (по тесту Тейлор $28,4 \pm 8,7$) и страха (по тесту ИСАС $126,6 \pm 32,2$), а также выраженной внутриличностной напряжённостью. По данным СМИЛ, наблюдался смешанный тип дезадаптации личности с особенностями личностного реагирования по гиперстеническому типу.

Клиническая характеристика больных была связана главным образом с наличием пароксизмальных приступов тревоги и ненаправленного страха различной степени выраженности, возникающих с частотой от 1–2 раз в месяц до 1 раза в день. Фоновое состояние сопровождалось в первую очередь тревожно-фобическим, вегето-сосудистым и болевым синдромом. Больные имели характерные личностные особенности, среди которых можно выделить мощную комплексную защиту в виде своеобразной «охраны территории болезни» от вмешательства, высокой настороженности к любым способам лечения при высокой заинтересованности в избавлении от приступов ПА.

Оценка функционального состояния мозга осуществлялась по классификации Святогор И.А. [19, 20]. При этом учитывался уровень преимущественной дисфункции корково-подкорковых взаимоотношений по общему характеру паттернов биоэлектрической активности (тип ЭЭГ), степень неустойчивости нейродинамических процессов по выраженности основного альфа-ритма и степени его разрушения дельта-, тета-, бета- составляющими ЭЭГ и отчетливость реакции усвоения ритмов фотостимуляции (РУР) – для оценки баланса процессов торможения и возбуждения. На основании выраженности четырех составляющих ЭЭГ (индексов альфа-, дельта-, тета-, бета-) в нашем исследовании было выделены три основных

типа фоновых паттернов БЭА. Первый тип (I) характеризовался хорошо выраженным альфа-ритмом с индексом 70–80 %, правильно распределённым, веретенообразным, незначительно искаженным другими составляющими (легкая степень неустойчивости нейродинамических процессов – 1). Такой тип отражал оптимальные корково-подкорковые взаимоотношения («*нормальный тип*»). Во втором типе (II) отмечался хорошо выраженный альфа-ритм с индексом от 50 до 70 %, который сочетался с более высокими индексами (от 40 до 60 %) остальных компонентов БЭА, что свидетельствовало о нарастании неустойчивости корково-подкорковых взаимоотношений. Степень этой неустойчивости оценивалась как умеренная (2) или средняя степень выраженности (3). Этот тип ЭЭГ отражает нарушения корково-подкорковых взаимоотношений на уровне диэнцефальных структур («*таламический тип*»). В третьем типе (III) альфа-ритм или полностью отсутствовал, либо индекс его не превышал 30–40 %. Доминирующей при этом была низкоамплитудная полиморфная медленная активность, искаженная асинхронной активностью бета-диапазона. Степень неустойчивости корково-подкорковых взаимоотношений определялась как умеренная (2) и средне-выраженная (3). Этот тип ЭЭГ свидетельствовал о преимущественном раздражении неспецифических стволовых образований («*стволовой тип*»). Типы ЭЭГ определялись визуально по характеру индексов и взаимоотношению основных ритмов ЭЭГ.

Характер реактивных паттернов ЭЭГ определялся по степени отчетливости реакции усвоения ритмов (РУР) фотостимуляции, что отражало состояние баланса между процессами возбуждения и торможения и его отклонение в ту или другую сторону. Усвоение ритмов фотостимуляции может быть отчетливым, отражающим баланс процессов возбуждения и торможения, неотчетливым, с преобладанием процессов торможения, и выраженным – с преобладанием процессов возбуждения (усиление восходящих активирующих влияний).

У обследованной группы больных ПА визуальный анализ ЭЭГ не выявил локальных изменений и эпилептиформной активности. При этом оказалось, что в 20 % случаев регистрировался нормальный тип ЭЭГ (1 тип), в 60 % – таламический (2 тип) и в 20 % – стволовой (3 тип). Выраженность нарушений нейродинамических процессов в 20 % оказалась легкой, 40 % – умеренная, 40 % – средней степени. У 20 % больных выявилось нормальное усвоение РУР, а у 80 % наблюдалась расширенная РУР или расширенная с гармониками и субгармониками.

Таким образом, по данным ЭЭГ, все обследованные лица в той или иной степени характеризовались нарушениями функционального состояния ЦНС: неустойчивостью нейродинамических процессов и усилением восходящих активирующих влияний. Наибольшие изменения в ЭЭГ проявлялись при дисфункции стволовых образований и особенно при сочетании дисфункции стволовых структур с раздражением коры больших полушарий. Отличительной чертой обследованных явилось выраженное повышение процессов возбуждения. Это объясняется тем, что для пациентов с тревожно-фобическими расстройствами наиболее характерными являются патологическая активация неспецифических систем мозга и дезинтеграция межцентральных и внутрицентральных взаимоотношений, что прежде всего отражалось в показателях ЭЭГ.

Полученные данные согласовывались с ранее проведенным изучением психофизиологического состояния обследованных 34 больных ПА [38], которое показало отсутствие специфических нарушений в клинико-психологической картине болезни и отсутствие органических изменений со стороны ЦНС по данным ЭЭГ и неврологического обследования. Вместе с тем психическая деятельность больных характеризовалась высоким уровнем страха и тревоги, нерезким снижением продуктивности и неустойчивостью умственной работоспособности, а также выраженным нарушением личностной адаптации, отреагирования и эмоционального перенапряжения, о чем свидетельствовали данные СМИЛ. При этом особенностью больных ПА являлся гиперстенический тип личностного реагирования [38]. Результаты ЭЭГ обследования также подчеркивали нарушение функционального состояния ЦНС в виде неустойчивости нейродинамических процессов и усиления восходящих активирующих влияний.

Исходя из данных, описанных выше, было решено использовать немедикаментозный метод формирования и активаций АСФС мозга человека [26–28]. Курс лечебных активаций АСФС был проведен у 18 больных ПА. Динамическое наблюдение осуществлялось в течение 4 недель, во время курса коррекции.

В процессе курса воздействия методом АСФС могли наблюдаться различные клинико-психологические эффекты, свидетельствующие о процессах перестройки в психофизиологическом состоянии больных.

Клиническая эффективность, определяемая нами прежде всего по снижению жалоб больных, распаду и редукции симптомокомплекса, показала, что у всех больных наблюдалась положительная динамика (рис. 1).

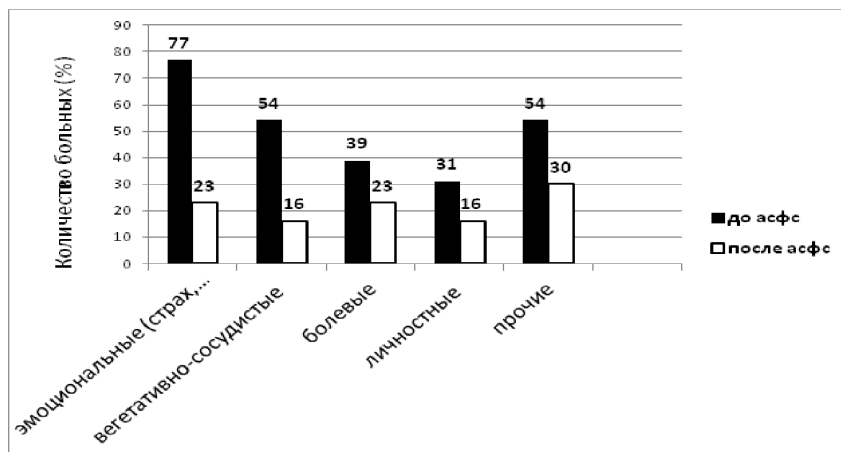


Рис. 1. Количество больных (в %), предъявляющие жалобы до и после курса АСФС

Как видно из рис. 1, после курса активаций АСФС наблюдалось существенное снижение жалоб, главным образом на страх и тревогу, а также вегето-сосудистые реакции. Наряду с этим больные отмечали ощущения в виде нерезко выраженных давящих или сжимающих болей в области головы, которые могли сохраняться и после 10 сеансов активации АСФС, хотя отмечалось значительное снижение их интенсивности. Проведенный анализ жалоб больных свидетельствует о снижении и последовательной утрате их актуальности для больных.

Положительные эффекты наблюдались уже на первых сеансах в виде распада общего синдромокомплекса ПА, и в дальнейшем могли возникать лишь отдельные симптомы эмоционального (тревожность), вегетативного (кратковременного чувства тепла, головокружения и др.) и активационного характера (желания деятельности, повышения уверенности, снижения общей напряжённости). Приступов ПА к концу курса коррекции в подавляющем большинстве случаев не наблюдалось.

Более сложные эмоционально-личностные эффекты могли наблюдаться на протяжении всего курса воздействия. К такого рода эффектам относились такие, как, например, редукция социофобической (устроился на работу, стал оформлять загранпаспорт) и агорафобической симптоматики (стал спокойно ездить в общественном транспорте), эмоционально-катарсическое отреагирование психотравматической ситуации на неосоз-

нанном уровне, актуализация внутриличностных конфликтов и реализация планов в их конструктивном разрешении; снижение фиксации на психосоматических симптомах и др. Все наблюдаемые эффекты имели диагностическое и прогностическое значение и играют большую роль для последующих рекомендаций.

Средние значения показателей психического состояния и достоверность изменений после воздействия методом АСФС приведены в табл. 3 и на рис. 2.

Таблица 3

Достоверные изменения психологических показателей у больных паническими атаками до и после курса коррекции методом формирования и активации АСФС (n = 18) ($p \leq 0,05$)

Показатели тестов	До курса коррекции	После курса коррекции	p-level
Индекс кратковременной памяти (двойной тест)	5,06 ± 1,72	6 ± 1,6	$p \leq 0,05$
Пропускная способность зрительного анализатора (корректирующая проба)	1,03 ± 0,17	1,22 ± 0,23	$p \leq 0,05$
Общий показатель страха (ИСАС)	126,8 ± 34,1	107,9 ± 57,7	$p \leq 0,05$
Суммарная тревога (тест Тейлор)	27,7 ± 8,9	22,5 ± 9,3	$p \leq 0,05$

Как видно из таблицы 3, за 10 сеансов активаций АСФС произошло достоверное снижение общего усредненного показателя страха ($p < 0,05$) и снижение уровня суммарной тревоги ($p < 0,05$), которые являлись ведущими симптомами в клинической картине болезни в исходном состоянии.

Наряду с этим после воздействия методом АСФС наблюдались положительные изменения пропускной способности зрительного анализатора по данным корректирующей пробы и индекса кратковременной памяти по двойному тесту, что говорит о повышении уровня психической активности. По тесту СМЛ по 2 ($p < 0,05$), 7 ($p < 0,05$) и 9 шкалам ($p < 0,05$) отмечалось достоверное снижение, что свидетельствует о снижении внутренней напряженности, психологической депрессивности, тревожно-фобических явлений, повышение активности и коммуникативности больных.

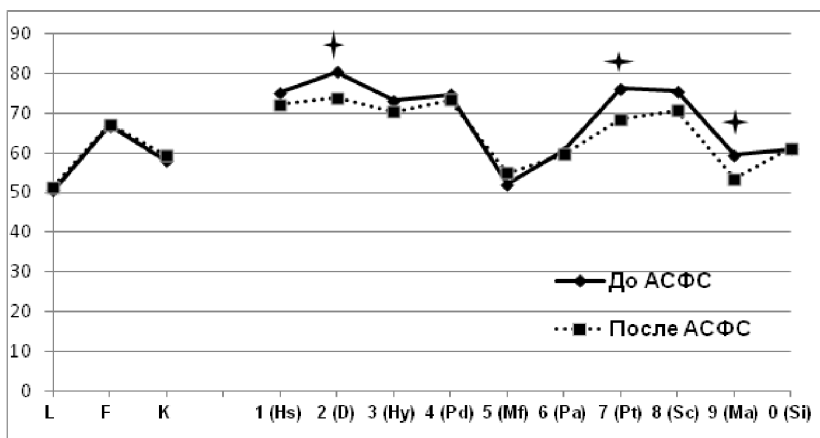


Рис. 2. Усреднённые значения показателей шкал СМИЛ до и после воздействия методом АСФС

Примечание: L – шкала «лжи», F – шкала достоверности, K – шкала коррекции, 1 – шкала ипохондрии, 2 – шкала депрессии, 3 – шкала истерии, 4 – шкала психопатии, 5 – шкала мужских и женских черт характера, 6 – шкала паранояльности, 7 – шкала психастении, 8 – шкала шизоидности, 9 – шкала гипомании, 0 – шкала социальной интроверсии.

Оценка функционального состояния по данным ЭЭГ, проведенного после курса АСФС, выявило положительную динамику у подавляющего большинства пациентов (93 %), кроме одной пациентки, у которой отмечалось незначительное повышение неустойчивости ФС корково-подкорковых взаимоотношений, что совпадало с отсутствием отчетливого регресса клинической симптоматики. Однако характер и степень выраженности положительных изменений у разных пациентов были неодинаковыми и во многом зависели, по нашим данным, от исходной структуры ЭЭГ. Чаще всего отмечались следующие изменения БЭА:

- нормализация корково-подкорковых взаимоотношений (тенденция к увеличению выраженности и организованности альфа-ритма, отсутствие пароксизмальных проявлений) – у 40 %;
- снижение выраженности реакции усвоения ритмов фотостимуляции, что указывает на снижение исходно повышенных процессов возбуждения (тенденция к балансу процессов возбуждения и торможения) – у 30 %;
- снижение ирритативных проявлений в коре больших полушарий – у 20 %;
- отсутствие косвенных признаков повышения вегето-сосудистой лабильности – у 30 %.

Таким образом, в динамике воздействия методом АСФС наблюдалась отчетливая положительная коррекция актуального психического состояния на эмоционально-личностном и когнитивном уровне. Практически у всех больных были отмечены снижение исходно повышенной возбудимости со стороны ЦНС, снижение уровня тревоги и страха, повышение адаптивных возможностей личности. У больных с исходно неустойчивым ФС мозга наблюдались улучшение баланса нейродинамических процессов, оптимизация психического состояния и уменьшение патопсихологических особенностей личности.

Заключение

Проведенные исследования показали, что курс активации АСФС снижает повышенную возбудимость ЦНС с восстановлением баланса нейродинамических процессов у больных ПА; повышает адаптивные возможности эмоционально-личностной сферы и одновременно повышает уровень психической активности и продуктивности умственной работоспособности. Активация психофизиологического состояния происходит за счет одновременного снижения процессов возбуждения, повышения уровня психической активности и устойчивости в ЦНС.

Таким образом, неспецифические воздействия сенсорной импульсной стимуляции заданной частоты помогают перераспределению информационно-энергетических влияний в интрацентральной регуляции системы «организм – психика – мозг человека».

Подобного рода исследований больных с ПА в литературе мы не встречали. Имеются данные о лечении больных неврозом навязчивых состояний (в том числе фобических неврозов) методом формирования и активации АСФС, который показал свою эффективность [15, 16, 29], однако больные ПА и неврозом навязчивых состояний, несмотря на общность основных симптомов, существенно различаются по клинико-психологической картине болезни. Характеристика функционального состояния мозга по ЭЭГ выявляет схожие паттерны нарушенных функций, но при ПА чаще встречается таламический тип, что, скорее всего, связано с большей вовлеченностью в патогенез вегетативно-сосудистых механизмов, а при неврозах навязчивых состояний преобладает стволотип [15], чем объясняется выраженная слабость, уход от преодоления трудностей.

Таким образом, воздействие методом формирования и активации АСФС вызывает оптимизацию как со стороны функционального состояния мозга, так и психической деятельности у больных с ПА. Неспецифические

воздействия такого рода оказывают благоприятное влияние на недостаточность регуляторных функций ЦНС и приводят к нормализации функционирования мозговых механизмов путем повышения порогов возбудимости внутрицентральных и межцентральных функциональных систем. Оптимизация психического статуса обследованных больных ПА при воздействии методом АСФС связана с механизмами устойчивости функционального состояния мозга. Полученные данные важны для понимания механизмов и путей коррекции больных с паническими атаками.

Литература

1. Вейн А.М. и др. Состояние неспецифических систем мозга при поражении глубоких структур // Физиол. чел. – 1976. – Т. 2, № 2. – С. 282.
2. Генкин А.А., Медведев В.И., Шеек И.П. Некоторые принципы построения корректурных таблиц для определения скорости переработки информации // Вопросы психологии. – 1963. – № 1. – С. 104–109.
3. Ениколопов С.Н. Опросник Басса-Дарки: практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. – М.: Изд-во Московского гос. ун-та, 1990. – 11 с.
4. Зимкина А.М. О критериях устойчивости в проявлениях деятельности центральной нервной системы человека // Физиол. журн. СССР. – 1972. – № 7. – С. 1011–1018.
5. Зимкина А.М. О некоторых электрофизиологических показателях патологии мезодиаэнцефальных структур человека // Электрофизиологические исследования в клинике и экспертной практике. Труды ЛИЭТИНа. – Вып. XIII. – Л., 1964. – С. 3–26.
6. Зимкина А.М. Электрофизиологические показатели функционального состояния головного и спинного мозга в норме и при патологии центральной нервной системы // Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности. – Л.: Медицина, 1978. – С. 51–110.
7. Зимкина, А.М. Электрофизиологические показатели функционального состояния центральной нервной системы человека // В кн.: Функциональные состояния мозга. – М., 1975. – С. 6–19.
8. Маккавейский П.А., Зимкина А.М. Значимость электрофизиологических показателей для обоснования экспертных решений при травматических и инфекционных заболеваниях центральной нервной системы // Клинические и социальные вопросы врачебно-трудовой экспертизы. – Л., 1975. – С. 34–41.
9. Маккавейский П.А. О проявлениях нарушений стабильности функциональных состояний нервной системы и их значение в клинической и экспертной практике // Труды ЛИЭТИНа. – Вып. XIII. – Л., 1964. – С. 71–84.
10. Мельников М.Е., Штарк М.Б., Савелов А.А., Брюль А. Биоуправление по сигналу ФМРТ, регистрируемому в реальном времени: новое поколение нейротерапии // Журн. высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 2017. – Т. 67, № 1. – С. 3–32.

11. Мучник Л.С., Смирнов В.М. «Двойной» тест для исследования кратковременной памяти // Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике: сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1969. – Т. 46. – С. 283–294.

12. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1983. – 166 с.

13. Поворинский А.Г., Заболотных В.А. Пособие по клинической электроэнцефалографии. – Л. : Наука. – 1987. – 64 с.

14. Резникова Т.Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 40 с.

15. Резникова Т.Н., Головкина Н.А. Динамика психического состояния больных невротами в процессе лечения методом формирования и активаций АСФС-II // Принципы и механизмы деятельности мозга человека. – Л., 1985. – С. 181.

16. Резникова Т.Н., Казанская В.К. Применение метода формирования и активаций артифициальных стабильных функциональных связей второго вида для лечения больных парестезиями слизистой оболочки полости рта // Стоматология. – 1989. – № 2. – с.21–23.

17. Резникова Т.Н. Нейропсихологические аспекты изучения системы интрацентральной регуляции мозга // Принципы и механизмы деятельности мозга. – Л., 1985. – С. 58–61.

18. Резникова Т.Н., Святогор И.А. Изучение механизмов интрацентральной регуляции мозга человека в условиях патологии // Успехи физиол. наук. – 1994. – Т. 25, № 4. – С. 35.

19. Святогор И.А., Верещагина А.А., Буторина Г.В. Характер корково-подкорковых взаимоотношений у больных невротами (по данным ЭЭГ) // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1987. – Т. 87. – С. 877–880.

20. Святогор И.А. Классификация ЭЭГ-паттернов и их нейрофизиологическая интерпретация при дезадаптационных расстройствах // Биологическая обратная связь. – 2000. – № 3. – С. 10–19.

21. Святогор И.А., Моховикова И.А., Бекшаев С.С., Фролова Т.А. Оценка эффективности и успешности использования метода биологической обратной связи в управлениями потенциалами мозга // Биологическая обратная связь. – 2010. – № 1. – С. 8–11.

22. Святогор И.А., Моховикова И.А., Никитина С.Б. Особенности взаимодействия нейрофизиологических и нейропсихологических факторов в процессе биоуправления потенциалами мозга у больных с психосоматическими расстройствами // Экология человека. – 1994. – Т. 1, № 1. – С. 37–40.

23. Селиверстова Н. А. Особенности субъективных отношений личности у больных с органической и функциональной церебральной патологией : дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2005. – 130 с.

24. Смирнов В.М., Бородкин Ю.С. Артифициальные стабильные функциональные связи. – М. : Медицина. – 1979. – 192 с.

25. Смирнов В.М., Бородкин Ю.С. Артифициальные стабильные функциональные связи как способ формирования матриц долгосрочной памяти у человека (к теории долгосрочной памяти) // Физиол. чел. – 1975. – Т. 1. – С. 525–533.
26. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Артифициальные стабильные функциональные связи в механизмах интрацентральной регуляции мозга человека. // Ассоциативные системы мозга. – Л., 1985. – С. 274–278.
27. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Артифициальные стабильные функциональные связи // Механизмы деятельности мозга человека. – Т. 1. Нейрофизиология человека. – 1988в. – С. 71–150.
28. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. А. с. № 1156700 (СССР). Способ лечения неврозов // Оpubл. 23.05.1985. – Бюл. № 19.
29. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Артифициальные стабильные функциональные связи как метод исследования и лечения в условиях патологического состояния // Вестн. АМН СССР. – 1985б. – № 9. – С 18–23.
30. Смирнов В.М., Резникова Т.Н., Губачев Ю.М., Дорничев В.М. Артифициальные стабильные функциональные связи и нейрорегуляторная коррекция психовегетативных расстройств. // Физиол. чел. – 1987. – Т. 13. – С. 715–722.
31. Смирнов В.М., Резникова Т.Н., Губачев Ю.М., Дорничев В.М. Мозговые механизмы психофизиологических состояний. – Л., 1989. – 152 с.
32. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни». // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – 312 с.
33. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Церебральные механизмы системы интрацентральной регуляции. // Мозговые механизмы психофизиологических состояний. – Л. : Наука, 1989. – С. 23–69.
34. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М. : Мед. информ. аг-во, 2003. – 432 с.
35. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ). – СПб. : Изд-во «Речь», 2002. – 217 с.
36. Щербатых Ю.В. Психология страха. Популярная энциклопедия. – М. : Эксмо, 2007. – 512 с.
37. Тутер Н.В. Клинико-психофизиологический анализ панических атак при различных психических заболеваниях : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 21 с.
38. Федоряка Д.А., Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. Особенности психического состояния больных с паническими атаками // Вестн. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова. – 2016. – № 4. – С. 91–96.
39. Cosci F. The psychological development of panic disorder: implications for neurobiology and treatment // Rev Bras Psiquiatr. – 2012. – Vol. 34 (Sup11). – P. 9–31.
40. Kim J.E., Dager S. R., Lyoo In K. The role of the amygdala in the pathophysiology of panic disorder: evidence from neuroimaging studies // Biology of Mood & Anxiety Disorders. – 2012. – Vol. 2. – P. 20.
41. Johnson M.R., Lydiard R.B., Ballenger J.C. Panic disorders: pathophysiology and drug treatment // Drugs. – 1995. – Vol. 49, N 3. – P. 328–344.

42. Kessler R.C., Chiu W.T., Jin R., Ruscio A.M., Shear K., Walters E.E. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch Gen Psychiatry*. – 2006. – Vol. 63. – P. 415–424.

43. Skapinakis P., Lewis G., Davies S. [et al.]. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation // *Eur. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 26, N 6. – P. 354–362.

44. Wittchen H.-U., Essau C. A. Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues // *J. Psych. Res.* – 1993. – Vol. 27, Suppl. 1. – P. 47–68.

45. Westenberg H.G., Liebowitz M.R. Overview of panic and social anxiety disorders // *J. Clin. Psychiatry*. – 2004. – Vol.65, Suppl. 14. – P. 22–26.

Поступила 19.09.2018

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

Для цитирования. Резникова Т.Н., Федоряка Д.А., Селиверстова Н.А., Моховикова И.А. Опыт использования сенсорной импульсной стимуляции у больных с паническими атаками // *Вестн. психотерапии*. 2018. № 68 (73). С. 47–67.

THE EXPERIENCE OF USING TOUCH PULSE STIMULATION IN PATIENTS WITH PANIC ATTACKS

Reznikova T.N.¹, Fedoriaka D.A.¹, Seliverstova N.A.¹, Mohovikova I.A.²

¹ N.P. Bechtereva Institute of the human brain
(Prof. Popova Str., 9. St. Petersburg, Russia);

² City Psychiatric Hospital № 3 named after I.I. Skvortsova-Stepanova
(Fermское Highway, 36, St. Petersburg, Russia).

Tat'yana Nikolaevna Reznikova – Dr. Med. Sci. Prof., Leading Research Associate N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popova Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: tnreznikova@rambler.ru;

✉ Denis Aleksandrovich Fedoryaka – PhD Student N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popova Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: psyfed@gmail.com;

Natal'ya Alekseevna Seliverstova – PhD Psychol. Sci., Research Associate N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popova Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: seliv_nat@mail.ru;

Irina Aleksandrovna Mohovikova – PhD Biol. Sci., electrophysiologist City psychiatric hospital № 3 named after I.I. Skvortsov-Stepanov (Fermское highway, 36, St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: mohovikovai@mail.ru.

Abstract. The article presents the results of a study of 60 patients with panic attacks, which were characterized by a high level of fear and anxiety, a slight decrease in productivity and instability of mental performance, as well as a pronounced violation of personal adaptation, response and emotional overstrain. Describes the experience of using therapeutic and rehabilitative effects of the method of formation and activation of artificial stable functional connections using photostimulated the given frequency in 15 patients of the surveyed group. It was revealed that during the period of 10 sessions of ASFS activations there was a positive dynamics both on the part of clinical and psychological data, and the functional state of the brain.

Keywords: artificially stable functional connections of the human brain, panic attacks, psychophysiological state

References

1. Vejn A.M. i dr. Sostoyanie nespetsificheskikh sistem mozga pri pora-zhenii glubokikh struktur [The state of non-specific brain systems with the defeat of deep structures]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 1976. Vol. 2. N 2. P. 282. (In Russ.)

2. Genkin A.A., Medvedev V.I., Sheek I.P. Nekotorye printsipy po-stroeniya korrekturnykh tablits dlya opredeleniya skorosti pererabotki infor-matsii [Some principles of the construction of correction tables for determining the speed of information processing]. *Voprosy psikhologii* [Psychology issues]. 1963. N 1. Pp. 104–109. (In Russ.)

3. Enikolopov S.N. Oprosnik Bassa-Darki: praktikum po psikhodiagnostike. Psikhodiagnostika motivatsii i samoregulyatsii [Bass-Darki questionnaire: psychodiagnostic workshop. Psychodiagnostics of motivation and self-regulation]. Moskva. 1990. 11 p. (In Russ.)

4. Zimkina A.M. O kriteriyakh ustojchivosti v proyavleniyakh deyatel'nosti tsentral'noj nervnoj sistemy cheloveka [On the criteria of stability in the manifestations of the central nervous system of a person]. *Fiziologicheskij zhurnal SSSR* [Physiological Journal of the USSR]. 1972. N 7. Pp. 1011–1018. (In Russ.)

5. Zimkina A.M. O nekotorykh ehlektrofiziologicheskikh pokazatelyakh patologii mezodiehntsefal'nykh struktur cheloveka [About some electrophysiological indicators of the pathology of human mesodiencephalic structures]. *Ehlektrofiziologicheskie issledovaniya v klinike i ehkspertnoj praktike* [Electrophysiological studies in the clinic and expert practice]. *Trudy LIEHTINa* [Works LIETIN]. – Vol. XIII. L. 1964. Pp. 3–26. (In Russ.)

6. Zimkina, A.M. EHlektrofiziologicheskie pokazateli funktsional'nogo sostoyaniya golovnogogo i spinnogo mozga v norme i pri patologii tsentral'noj nervnoj sistemy [Electrophysiological indicators of the functional state of the brain and spinal cord in health and in the pathology of the central nervous system]. *Nejrofiziologicheskie issledovaniya v ehkspertize trudospobnosti* [Neurophysiological studies in the examination of disability]. Leningrad. 1978. Pp. 51–110. (In Russ.)

7. Zimkina A.M. EHlektrofiziologicheskie pokazateli funktsional'nogo sostoyaniya tsentral'noj nervnoj sistemy cheloveka [Electrophysiological indicators of the functional state of the central nervous system of a person]. *Funktsional'nye sostoyaniya mozga* [Functional states of the brain]. Moskva. 1975. Pp. 6–19. (In Russ.)

8. Makkavejskij P.A., Zimkina A.M. Znachimost' ehlektrofiziologicheskikh pokazatelej dlya obosnovaniya ehkspertnykh reshenij pri travmaticheskikh i infektsionnykh zabolevaniyakh tsentral'noj nervnoj sistemy [The significance of electrophysiological indicators to substantiate expert decisions in traumatic and infectious diseases of the central nervous system]. *Klinicheskie i sotsial'nye voprosy vrachebno-trudovoj ehkspertizy* [Clinical and social issues of medical and labor expertise]. Leningrad. 1975. Pp. 34–41. (In Russ.)

9. Makkavejskij P.A. O proyavleniyakh narushenij stabil'nosti funktsional'nykh sostoyanij nervnoj sistemy i ikh znachenie v klinicheskoy i ehkspertnoj praktike [On the manifestations of violations of the stability of the functional states of the nervous system and their importance in clinical and expert practice]. *Trudy LIEHTINa* [Works LIETIN]. Vol. XIII. L. 1964. Pp. 71–84. (In Russ.)

10. Mel'nikov M.E., SHTark M.B., Savelov A.A., Bryul' A. Bioupravlenie po signalu FMRT, registriruemomu v real'nom vremeni: novoe pokolenie nejroterapii [Biofeedback by a fMRI signal recorded in real time: a new generation of neurotherapy]. *Zhurnal Vysshej nervnoj deyatel'nosti im. I.P. Pavlova* [I.P. Pavlov journal of higher nervous activity]. 2017. N 1. Vol. 67. Pp. 3–32. (In Russ.)

11. Muchnik L.S., Smirnov V.M. «Dvojnnoj» test dlya issledovaniya kratkovremennoj pamyati ["Double" test for the study of short-term memory]. *Psikhologicheskij ehksperiment v nevrologicheskoy i psikhi-atricheskoy klinike: sbornik nauchnykh trudov NIPNI im. V. M. Bekhtereva* [Psychological experiment in a neurological and psychiatric clinic: a collection of scientific papers SNPI them. V.M. Bekhtereva]. Leningrad. 1969. Vol. 46. Pp. 283–294. (In Russ.)

12. Nemchin T.A. Sostoyaniya nervno-psikhicheskogo napryazheniya [Neuropsychiatric stress states]. Leningrad. 1983. 166 p. (In Russ.)

13. Povorinskij A.G., Zabolotnykh V.A. Posobie po klinicheskoy ehlektroehntsefalografii [Clinical Electroencephalography Manual]. Leningrad. 1987. 64 p. (In Russ.)

14. Reznikova T.N. Vnutrennyaya kartina bolezni: strukturno-funktsional'nyj analiz i kliniko-psikhologicheskije sootnosheniya [Internal representation of disease: structural-functional analysis and clinical and psychological correlation]. : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1998. 40 p. (In Russ.)

15. Reznikova T.N., Golovkina N.A. Dinamika psikhicheskogo sostoyaniya bol'nykh nevrozami v protsesse lecheniya metodom formirovaniya i aktivatsij ASFS-II [Dynamics of the mental state of patients with neuroses in the process of treatment by the method of formation and activation of ASFC-II]. *Printsipy i mekhanizmy deyatel'nosti mozga cheloveka* [Principles and mechanisms of the human brain activity]. Leningrad. 1985. Pp. 181. (In Russ.)

16. Reznikova T.N., Kazanskaya V.K. Primenenie metoda formirovaniya i aktivatsij artifitsial'nykh stabil'nykh funktsional'nykh svyazej vtorogo vida dlya lecheniya bol'nykh paresteziyami slizistoj obolochki polosti rta [Application of the method of formation and activation of artifactual stable functional connections of the second type for the treatment of patients with paresthesia of the oral mucosa]. *Stomatologiya* [Dentistry]. 1989. N 2. Pp.21–23. (In Russ.)

17. Reznikova T.N. Nejropsikhologicheskije aspekty izucheniya sistemy intratsentral'noj reguljatsii mozga [Neuropsychological aspects of studying the system

of intracentral regulation of the brain]. *Printsipy i mekhanizmy deyatelnosti mozga* [Principles and mechanisms of brain activity]. Leningrad. 1985. Pp. 58–61. (In Russ.)

18. Reznikova T.N., Svyatogor I.A. Izuchenie mekhanizmov intratsentral'noj regulyatsii mozga cheloveka v usloviyakh patologii [Study of the mechanisms of intracentral regulation of the human brain under pathological conditions]. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* [Successes of Physiological Sciences]. 1994. Vol. 25. N 4. Pp. 35. (In Russ.)

19. Svyatogor I.A., Vereshhagina A.A., Butorina G.V. Kharakter korkovopodkorkovykh vzaimootnoshenij u bol'nykh nevrozami (po dannym EHEHG) [The nature of the cortical-subcortical relationship in patients with neurosis (according to EEG)]. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. – 1987. Vol. 87. Pp. 877–880. (In Russ.)

20. Svyatogor I.A. Klassifikatsiya EHEHG-patternov i ikh neyrofiziologicheskaya interpretatsiya pri dezadaptatsionnykh rasstrojstvakh [Classification of EEG patterns and their neurophysiological interpretation in maladaptation disorders]. *Biologicheskaya obratnaya svyaz'* [Biological Feedback]. 2000. N 3. Pp. 10–19. (In Russ.)

21. Svyatogor I.A., Mokhovichova I.A., Bekshaev S.S., Frolova T.A. Otsenka ehffektivnosti i uspehnosti ispol'zovaniya metoda biologicheskoy obratnoj svyazi v upravleniyami potentsialami mozga [Evaluation of the effectiveness and success of using the biological feedback method in managing brain potentials]. *Biologicheskaya obratnaya svyaz'* [Biological Feedback]. 2010. N 1. Pp. 8–11. (In Russ.)

22. Svyatogor I.A., Mokhovichova I.A., Nikitina S.B. Osobennosti vzaimodejstviya neyrofiziologicheskikh i neyropsikhologicheskikh faktorov v protsesse bioupravleniya potentsialami mozga u bol'nykh s psikhosomaticheskimi rasstrojstvami [Features of the interaction of neurophysiological and neuropsychological factors in the process of biocontrol of brain potentials in patients with psychosomatic disorders]. *Eh-kologiya cheloveka* [Human Ecology]. 1994. Vol. 1. N 1. Pp. 37–40. (In Russ.)

23. Seliverstova N. A. Osobennosti sub"ektivnykh otnoshenij lichnosti u bol'nykh s organicheskoy i funktsional'noj tserebral'noj patologiej [Features of subjective personality relationships in patients with organic and functional cerebral pathology] : Dissertation PhD. Psikhol. Sci. Sankt-Peterburg. 2005. 130 p. (In Russ.)

24. Smirnov V.M., Borodkin Yu.S. Artifitsial'nye stabil'nye funktsional'nye svyazi [Artificially stable functional connections of the human brain]. M. 1979. 192 p. (In Russ.)

25. Smirnov V.M., Borodkin Yu.S. Artifitsial'nye stabil'nye funktsional'nye svyazi kak sposob formirovaniya matrits dolgosrochnoj pamyati u cheloveka (k teorii dolgosrochnoj pamyati) [Artificially stable functional connections as a method of forming long-term memory matrices in humans (to the theory of long-term memory)]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 1975. Vol. 1. Pp.525–533. (In Russ.)

26. Smirnov V.M., Reznikova T.N. Artifitsial'nye stabil'nye funktsio-nal'nye svyazi v mekhanizmax intratsentral'noj regulyatsii mozga cheloveka [Artificially stable functional connections in the mechanisms of intracentral regulation of the human brain]. *Assotsiativnye sistemy mozga* [Associative Brain Systems]. Leningrad. 1985. Pp. 274–278. (In Russ.)

27. Smirnov V.M., Reznikova T.N. Artitsial'nye stabil'nye funktsional'nye svyazi [Artificially stable functional connections]. *Mekhanizmy deyatel'nosti mozga cheloveka* [The mechanisms of human brain activity]. Vol. 1. *Nejrofiziologiya cheloveka* [Human Neurophysiology]. 1988v. P. 71–150. (In Russ.)

28. Smirnov V.M., Reznikova T.N. A.s. № 1156700 (SSSR). Sposob lecheniya nevrozov [A method for the treatment of neurosis]. Publ. 05/23/1985. – Bul. No. 19. (In Russ.)

29. Smirnov V.M., Reznikova T.N. Artitsial'nye stabil'nye funktsional'nye svyazi kak metod issledovaniya i lecheniya v usloviyakh patologicheskogo sostoyaniya [Artificially stable functional connections as a method of research and treatment in conditions of a pathological condition]. *Vestnik AMN SSSR* [Herald USSR Academy of Medical Sciences]. 1985b. N 9. Pp. 18–23. (In Russ.)

30. Smirnov V.M., Reznikova T.N., Gubachev YU.M., Dornichev V.M. Artitsial'nye stabil'nye funktsional'nye svyazi i nejroregulyatornaya korrektsiya psikhovegetativnykh rasstrojstv [Artificially stable functional connections and neuroregulatory correction of psycho-vegetative disorders]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 1987. Vol. 13. Pp. 715–722. (In Russ.)

31. Smirnov V.M., Reznikova T.N., Gubachev YU.M., Dornichev V.M. Mozgovye mekhanizmy psikhofiziologicheskikh sostoyanij [Brain mechanisms of psycho-physiological states]. Leningrad. 1989. 152 p. (In Russ.)

32. Smirnov V.M., Reznikova T.N. Osnovnye printsipy i metody psikhologicheskogo issledovaniya «vnutrennej kartiny bolezni» [The basic principles and methods of psychological research " Internal representation of disease."]. *Metody psikhologicheskoy diagnostiki i korrektsii v klinike* [Methods of psychological diagnosis and correction in the clinic]. Leningrad. 1983. 312 p. (In Russ.)

33. Smirnov V.M., Reznikova T.N. TSerebral'nye mekhanizmy sistemy intratsentral'noj regulyatsii [Cerebral mechanisms of intracranial regulation]. *Mozgovye mekhanizmy psikhofiziologicheskikh sostoyanij* [Brain mechanisms of psycho-physiological states]. Leningrad. 1989. Pp. 23–69. (In Russ.)

34. Smulevich A. B. Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh [Depression with somatic and mental diseases]. Moskva. 2003. 432 p. (In Russ.)

35. Sobchik L.N. Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti (SMIL) [Standardized multifactor method of personality research (SMPR)]. Sankt-Peterburg. 2002. 217 p. (In Russ.)

36. SHHerbatykh YU.V. Psikhologiya strakha. Populyarnaya ehntsiklopediya [Psychology of fear. Popular Encyclopedia]. Moskva. 2007. 512 p. (In Russ.)

37. Tuter N.V. Kliniko-psikhofiziologicheskij analiz panicheskikh atak pri razlichnykh psikhicheskikh zabolevaniyakh [Clinical and psychophysiological analysis of panic attacks in various mental diseases]. : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2009. 21 p. (In Russ.)

38. Fedoryaka D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A. Osobennosti psikhicheskogo sostoyaniya bol'nykh s panicheskimi atakami [The current psychic state of patients with panic attacks]. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universitetata im. I.I. Mechnikova* [Herald of the Northwestern state medical university named after I.I. Mechnikov]. 2016. N 4. Pp. 91–96. (In Russ.)

39. Cosci F. The psychological development of panic disorder: implications for neurobiology and treatment. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012. Vol. 34 (Supl1). Pp. 9–31.
40. Kim J.E., Dager S. R., Lyoo In K. The role of the amygdala in the pathophysiology of panic disorder: evidence from neuroimaging studies. *Biology of Mood & Anxiety Disorders.* 2012. Vol. 2. Pp. 20.
41. Johnson M.R., Lydiard R.B., Ballenger J.C. Panic disorders: pathophysiology and drug treatment. *Drugs.* 1995. Vol. 49, N 3. Pp. 328–344.
42. Kessler R.C., Chiu W.T., Jin R., Ruscio A.M., Shear K., Walters E.E. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006. Vol.63. Pp.415–424.
43. Skapinakis P., Lewis G., Davies S. [et al.]. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation. *Eur. Psychiatry.* 2011. Vol. 26, N 6. Pp. 354–362.
44. Wittchen H.-U., Essau C. A. Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *J. Psych. Res.* 1993. Vol. 27, Suppl. 1. Pp. 47–68.
45. Westenberg H.G., Liebowitz M.R. Overview of panic and social anxiety disorders. *J. Clin. Psychiatry.* 2004. Vol.65, Suppl. 14. Pp.22–26.

Received 19.09.2018

For citing. Reznikova T.N., Fedoriaka D.A., Seliverstova N.A., Mohovikova I.A. Opyt ispol'zovaniya sensornoj impul'snoj stimulyatsii u bol'nykh s panicheskimi atakami. *Vestnik psikhoterapii.* 2018. N 68 (73). P. 47–67. **(In Russ.)**

Reznikova T.N., Fedoriaka D.A., Seliverstova N.A., Mohovikova I.A. The experience of using touch pulse stimulation in patients with panic attacks. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2018. N 68. Pp. 47–67.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89-053.7

А.Е. Бобров¹, М.М. Решетников², Т.В. Уласень³

ЗАВИСИМОСТЬ ДЕВИАНТНЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У ВОСПИТАННИКОВ СОЦИОЗАЩИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОТ ХАРАКТЕРА ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

¹ Московский НИИ психиатрии, филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Потешная ул., д. 3, к. 10);

² Восточно-Европейский институт психоанализа (Россия, Санкт-Петербург, Большой пр. П. с., д. 18–А);

³ Смоленский государственный медицинский университет (Россия, Смоленск, ул. Крупской, д. 28).

В статье представлены результаты изучения взаимосвязи между девиантными формами поведения воспитанников социозащитных учреждений и характером перенесенного ими ранее травматического опыта; выделены группы повышенного социального риска в обследуемом контингенте подростков.

Ключевые слова: отклонения поведения, воспитанники социозащитных учреждений, травматический опыт.

Вопросы изучения отклоняющегося поведения продолжают занимать одну из ведущих позиций в психиатрии, клинической и социальной психологии, криминологии, правоведении и других дисциплинах, приобретает более выраженный междисциплинарный характер. Однако, как отмечают Р.К. Мертон (1996), Г. Салливан (1998), Р. Смелзер (1998), Г. Беккер (2001), Е.В. Змановская (2006), Н. Майсак (2010) и др., в настоящее время нет однозначного определения отклоняющегося поведения. Это обстоя-

Бобров Алексей Евгеньевич – д-р мед. наук проф., рук. отдела консульт. и дистанц. психиатрии Московского НИИ психиатрии филиала Нац. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 107076, Москва, Потешная ул., д. 3, к. 10.), e-mail: bobrov2004@yandex.ru;

Решетников Михаил Михайлович – д-р психол. наук проф., заслуж. деятель науки РФ, ректор Восточно-Европейского ин-та психоанализа (Россия, 197198, г. Санкт-Петербург, Большой пр. П. с., д. 18–А), e-mail: veip@yandex.ru;

Уласень Татьяна Валентиновна – канд. мед. наук доц., каф. психиатрии, наркологии и психотерапии Смоленского гос. мед. ун-та, со-руководитель Смоленского регионального психол. общ-ва (Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, д. 28), e-mail: ulasen.tatjana@yandex.ru.

тельство вызвано разногласиями в понимании относительной природы девиации и проблемы поведенческих норм, неопределенностью прогнозов [1, 5, 11, 15, 16]. Вместе с тем, в условиях острой социально-экономической ситуации, которая наблюдается в последнее время в связи с геополитическими и экономическими событиями, существенные изменения претерпевают и сами нормы.

Особого внимания в контексте изучения поведенческих девиаций заслуживают воспитанники социозащитных учреждений, которые испытывают значительные трудности в адаптации к социальной среде. В частности, по мнению Д.А. Тихомирова, только 10 % из них удастся достичь надлежащего социального статуса и наладить нормальную жизнь [18]. В связи с этим в поисках психологической опоры и условий для самораскрытия многие из воспитанников социозащитных учреждений примыкают к девиантным группам, где культивируется и воспроизводится асоциальная субкультура [14].

Данное обстоятельство придает задаче психологического сопровождения и реабилитации подростков указанной категории высочайшую актуальность и общенациональное звучание.

К сожалению, решение этих вопросов существенно осложняется противоречивостью существующей системы дисциплинирующих воздействий, оказываемых в социозащитных учреждениях, слабой индивидуализацией корректирующих влияний, а также дефицитом адекватных образцов для моделирования подростками своего поведения. Кроме того, следует указать на недостаточный учет особенностей психотравмирующих переживаний, которые испытывают подростки, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации.

Психологическая работа с подростками социозащитных учреждений затрудняется тем обстоятельством, что многие из них страдают различными психическими нарушениями, среди которых следует указать на аномалии характера, расстройства поведения, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и другие проявления резидуально-органической недостаточности мозга. Кроме того, все указанные психопатологические состояния в детском и подростковом возрастах чрезвычайно динамичны, непостоянны, могут переходить из латентной формы в открытую и наоборот. Немаловажную роль в их динамике играют неблагоприятные условия существования, психические травмы, а также фрустрация актуальных психологических потребностей.

Цель – изучить частоту и выраженность девиантных форм поведения у подростков, поступивших в социозащитные учреждения в сравнении с соответствующими им по возрасту и полу подростками, обучающимися в общеобразовательных школах; исследовать взаимосвязь подростковых девиаций с перенесенным травматическим опытом.

Материал исследования

На скрининговом этапе проведено сплошное изучение психического состояния воспитанников социозащитных учреждений (n=181) 3-17 лет, впервые поступивших в бюджетное учреждение «Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних “Феникс” (г. Смоленск). Основными задачами указанного учреждения являются профилактика безнадзорности, беспризорности, социального сиротства и семейного неблагополучия; оказание экстренной помощи несовершеннолетним, при необходимости обеспечение доврачебного осмотра и медицинского обследования; обеспечение временного проживания несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В круг основных задач входят социальная реабилитация несовершеннолетних по индивидуальным и групповым программам, контроль за их реализацией, защита прав и законных интересов несовершеннолетних как в период проживания в учреждении, так и после возвращения в семью.

На следующем этапе с целью выявления маркеров отклоняющегося поведения проведено выборочное обследование подростков 11–17 лет включительно (n=82), впервые поступивших в социозащитные учреждения. Средний возраст обследуемых $M(\text{Std.D}) = 13,34(2,06)$. Для более точного дифференцированного анализа маркеров поведенческих девиаций выделены две идентичные друг другу по возрасту и полу подгруппы: в I-ю подгруппу (41 человек) вошли сироты (истинные и социальные); во II-ю подгруппу (41 человек) – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях, но оказавшиеся в социозащитных учреждениях в силу трудной жизненной ситуации. Из исследования исключались инвалиды, подростки с диагнозом «умственная отсталость», воспитанники с расстройствами психического развития (включенными в рубрики F80-F89 МКБ–10, за исключением рубрики F81 – «специфические расстройства развития школьных навыков»), умеренно-выраженными и тяжелыми формами органического поражения головного мозга, тяжелыми формами психических расстройств (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, другие психотические состояния).

Семейный статус подростков I подгруппы (22 девочки, 19 мальчиков): истинные сироты – 6 человек (15 %), социальные сироты – 35 человек (85 %).

Семейный статус воспитанников II подгруппы, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (21 девочка, 20 мальчиков): 12 человек (28,5 %) – подростки из полных семей; 25 человек (62 %) – подростки из неполных семей и 4 человека (9,5 %) – подростки из многодетных семей.

Контрольную группу составили 93 подростка, обучающихся в средней общеобразовательной школе (48 девочек, 45 мальчиков) 11–18 лет. Средний возраст – $M(Std.D)$ – 13,41(2,08). Семейный статус подростков контрольной группы: 60 человек (64 %) – подростки из полных семей; 33 человека (36 %) – подростки из неполных семей.

Использованы следующие методы и методики:

1) клинико-психопатологический, включающий обследования психиатра (с изучением анамнестических данных), педиатра, невролога, окулиста; использование полуструктурированного интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИВППСД). Интервью разработано в 2004 г. А.И. Щепиной и А.В. Макаручук, включает скрининговую часть и набор из 42 вопросов, которые построены на основании симптомов посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV: критерия А (немедленное реагирование), критерия В (навязчивое воспроизведение), критерия С (избегание), критерия D (возросшая возбудимость), критерия F (нарушения функционирования) [17]. Для ответов детей была использована трехпунктная шкала («да» – «не знаю» – «нет» либо «никогда» – «один раз за последний месяц» – «более одного раза за последний месяц»). Общий индекс ПИВППСД показывает общий уровень выраженности посттравматического стресса, в целом отражая тяжесть последствий травматического события. За основу травмирующих факторов взята классификация насилия, предложенная М.Д. Асановой, дополненная факторами зависимого поведения родителей. Выделены следующие травмирующие факторы: «физическое насилие», «сексуальное насилие», «пренебрежение», «трудная жизненная ситуация», «зависимое от алкоголя и наркотиков поведение родителей», «смерть одного или обоих родителей»;

2) психодиагностическое обследование дополнено опросником для определения склонности к девиантному поведению (СДП). Этот опросник был разработан Леусом Э.В., Соловьевым А.Г., Сидоровым П.И. (2012) и прошел процедуру адаптации и стандартизации [9]. Он позволяет получить максимально полную информацию о наличии различных поведенческих

девиаций у подростков при проведении мониторинговых исследований. Опросник состоит из 75 вопросов, разбитых на 5 блоков по 15 вопросов в каждом.

В I блоке оценивается социально обусловленное поведение, учитывается подверженность подростков влиянию окружающих, действию социальных установок, мнению группы, степень ведомости в поступках. Характерной чертой таких подростков, как известно, является то, что ведущим видом их деятельности является общение, которое выступает в качестве основы психического и личностного развития. При этом ведущей психологической потребностью является принадлежность к группе и ориентация на ее идеалы, стремление быть замеченным, принятым и понятым.

Во II блоке – делинквентное поведение – оценивается антисоциальное, противоречащее правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию окружающих людей поведение, включающее любые действия или бездействия, запрещенные законодательством. К числу делинквентных относятся: административные, дисциплинарные проступки.

В III блоке оценивается зависимое (аддиктивное) поведение.

В IV блоке оценивается агрессивное поведение – вербальная и физическая агрессия, направленная на окружающих людей, враждебность, негативизм, дерзость и мстительность.

В V блоке оценивается самоповреждающее (аутоагрессивное) поведение.

При обработке результатов тестирования, каждый ответ оценивается в диапазоне от 2 до 0 баллов; «да» – 2 балла, «иногда» – 1 балл, «нет» – 0 баллов.

Максимально по каждой шкале испытуемый может получить 30 баллов. Значения от 21 до 30 баллов оцениваются как выраженная социально-психологическая дезадаптация, от 11 до 20 – легкая степень социально-психологической дезадаптации, от 0 до 10 – отсутствие признаков социально-психологической дезадаптации.

3) проведено изучение случаев отклоняющегося поведения по результатам анализа индивидуальных карт воспитанников социозащитного учреждения с выделением трех типов девиаций: корыстного, агрессивного и социально-пассивного;

4) Статистический анализ выполнен с использованием F-критерия Фишера, критерия Манна–Уитни, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Корреляционные связи оценены по шкале Чеддока [6].

Результаты

Проведено сравнительное изучение вариантов отклоняющегося поведения у подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и школьников общеобразовательных средних школ (контрольной группы) (таб.1).

Таблица 1
Частота девиантных форм поведения в группах обследованных подростков по тесту СДП

Блоки теста	контрольная группа (n = 93)			Воспитанники социозащитных учреждений (n = 82)			p
	median	25th % case	75th % case	median	25th % case	75th % case	
социально обусловленное поведение	17	13	19	15	13	17	0,09
делинквентное поведение	6	4	9	10	4	12	0,00
аддиктивное поведение	5	4	8	9	6	13	0,00
агрессивное поведение	5	3	10	9	5	12	0,00
аутоагрессивное поведение	8	5	11	8	5	11	0,97

Как видно из представленных данных, группы обследованных подростков не обнаруживали признаков глубокой психосоциальной дезадаптации (медиана сумм баллов по каждому из блоков не превышала 10). Однако у подростков-воспитанников социозащитных учреждений статистически чаще встречаются тенденции к делинквентным, аддиктивным и агрессивным формам девиантного поведения по сравнению с подростками контрольной группы.

В целях дифференцированного анализа признаков дезадаптации было проведено изучение девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений с учетом фактора сиротства, их принадлежности к подгруппам. В первую подгруппу были включены истинные и социальные сироты, а во вторую подгруппу вошли подростки, воспитывающиеся в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации (таб. 2).

Таблица 2

Частота девиантных форм поведения в подгруппах сравнения воспитанников социозащитных учреждений (тест «Склонность к девиантному поведению»)

Блоки теста	I-я подгруппа (n = 41)			II-я подгруппа (n = 41)			p
	median	25th % case	75th % case	median	25th % case	75th % case	
социально обусловленное поведение	14	12	16	16	15	18	0,00
делинквентное поведение	10	8	14	8	4	11	0,00
аддиктивное поведение	12	9	16	8	4	9	0,00
агрессивное поведение	11	7	15	8	4	11	0,01
аутоагрессивное поведение	10	7	13	6	4	8	0,00

Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимом увеличении выраженности у подростков I подгруппы легко выраженных аддиктивных, агрессивных и делинквентных форм отклоняющегося поведения. Статистические значимые различия имеют место в частоте встречаемости аутоагрессивных тенденций и в сниженном уровне социально-обусловленного поведения по сравнению со школьниками общеобразовательных школ.

Однако проведенное изучение в подгруппах сравнения частоты встречаемости корыстного, агрессивного и социально-пассивного типов отклоняющегося поведения по результатам анализа индивидуальных карт воспитанников социозащитного учреждения достоверных различий не выявило.

Специальный раздел работы включал определение частоты встречаемости травматических событий в жизни обследуемых подростков, обусловленных ситуациями насилия и смертью родителей (таб. 3).

Таблица 3

Показатели травматических событий у подростков
с учетом принадлежности к подгруппе

Показатель	I подгруппа (n = 41) M(SD)	II подгруппа (n = 41) M(SD)	Критерий Фишера	p
Физическое насилие	0,26 (0,44)	0,12 (0,33)	1,83	0,96
Сексуальное домогательство	0,07 (0,26)	0,02 (0,15)	2,85	0,31
Пренебрежение	0,78 (0,41)	0,46 (0,50)	1,45	0,00
Смерть родителя/лей	0,29 (0,46)	0,09 (0,30)	2,35	0,02
Химические аддикции родителей (ля)	0,85 (0,35)	0,53 (0,50)	1,99	0,00
Трудное материальное положение	0,95 (0,21)	0,92 (0,26)	1,46	0,64

Как видно из представленной таблицы, выявлена наибольшая частота встречаемости случаев травматических событий, связанных с трудным материальным положением, химическими аддикциями родителей, ситуациями пренебрежения, физического насилия, смерти родителя (родителей), сексуального домогательства. Вместе с тем, полученные данные свидетельствуют о статистически достоверном превалировании у обследуемых подростков I подгруппы травматического опыта, обусловленного аддитивным поведением родителя(-ей) (употребление алкоголя, наркотиков, смешанные формы употребления ПАВ), пренебрежением, смертью родителя(-ей).

Принимая во внимание разный характер травматического опыта у обследуемого контингента, предпринята попытка изучения факторной связи между перенесенными психотравмирующими событиями у подростков 11-17 лет и выявленными поведенческими девиациями. Статистические значимые связи между изучаемыми показателями выявлены только в первой группе (таб. 4).

Таблица 4

Коэффициенты корреляции Спирмена между девиантными формами поведения и перенесенными травмирующими факторами у подростков I группы
(r – ранговый коэффициент корреляции)

показатель	Варианты психотравмирующего опыта					
	физическое насилие	сексуальное домогательство	пренебрежение	смерть родителя	зависимое поведение родителей	трудное материальное положение
аддиктивное поведение	$r = 0,08$ $p = 0,60$	$r = 0,10$ $p = 0,52$	$r = 0,21$ $p = 0,18$	$r = -0,02$ $p = 0,88$	$r = -0,31$ $p = 0,04$	$r = 0,20$ $p = 0,20$
агрессивное поведение	$r = -0,31$ $p = 0,04$	$r = -0,14$ $p = 0,35$	$r = -0,12$ $p = 0,44$	$r = 0,05$ $p = 0,74$	$r = -0,32$ $p = 0,04$	$r = -0,12$ $p = 0,45$
аутоагрессивное поведение	$r = 0,04$ $p = 0,80$	$r = -0,04$ $p = 0,78$	$r = -0,20$ $p = 0,19$	$r = -0,31$ $p = 0,04$	$r = -0,35$ $p = 0,02$	$r = 0,00$ $p = 0,95$

Как следует из представленного материала, статистически значимые взаимосвязи прослеживаются между перенесенным подростками I подгруппы физическим насилием и формированием у них агрессивного поведения. Кроме того, у этой подгруппы подростков следует также отметить наличие значимых корреляций между смертью родителей и аутоагрессивным поведением, а также между наличием химических зависимостей у родителей и аддиктивным, агрессивным и аутоагрессивным поведением у самих подростков.

Обсуждение

В отечественной психиатрии и психологии отклоняющееся поведение рассматривается как отклонение от социально-психологических и нравственных норм; как ошибочный антиобщественный образец решения конфликта [7, 8, 10]; как отклонения поведения в рамках клинического подхода [4, 12]. При этом, как указывает А.Ю. Егоров, среди биологических факторов «ведущее значение в возникновении аддиктивного поведения принадлежит «отягощенной наследственности; генетической предрасположенности; органическим поражениям головного мозга и минимальным мозговым дисфункциям, включая нарушение функциональной ассиметрии мозга; степени изначальной толерантности, нейромедиаторному дисбалансу, хроническим заболеваниям» [4]. Е.Е. Радюкин, О.А. Морозова (2010) констатируют, что в зарубежных исследованиях девиантность опре-

деляется соответствием или несоответствием поступков социальным ожиданиям и нормам [13].

В качестве дополнительных признаков девиации российский исследователь Я.И. Гилинский выделяет трудности коррекции поведения и особую необходимость в индивидуальном подходе со стороны воспитателей и внимании сверстников [2, 3].

Таким образом, дети и подростки, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации и воспитываемые в социозащитном учреждении, в большинстве случаев могут иметь не только биологическую уязвимость, являющуюся фоном для развития и декомпенсации уже имеющихся психопатологических и патопсихологических нарушений, но и полифакторный опыт семейных травматических переживаний, определяющих своеобразие клинико-психологической и социальной дезадаптации. При этом, как подчеркивает Реан А.А., асоциальное поведение несовершеннолетних детерминировано психосоциальной деформацией семьи.

В связи с этим важным аспектом в изучении девиантных форм может стать исследование связей между девиациями и перенесенными ранее травмирующими ситуациями у данного контингента. С одной стороны, это позволит разным специалистам, работающим с «трудными подростками», правильно оценивать маркеры формирующегося варианта отклоняющегося поведения; с другой стороны, поможет персонализированному отбору квалифицированных методов воздействия на девиантную личность и группу. Дополнить такой подход поможет не только учет перенесенных травмирующих ситуаций, но и учет принадлежности к группе среди воспитанников социозащитных учреждений – истинные или социальные сироты (I группа) и дети и подростки, воспитываемые в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации (II группа).

Выводы

1. У воспитанников социозащитных учреждений в сравнении со школьниками общеобразовательных школ статистически чаще имеют место нарушения поведения, но механизмы их формирования с учетом принадлежности к группе (сироты-социальные сироты и дети, воспитываемые в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации) могут быть различны.

2. В I группе подростков-воспитанников социозащитных учреждений статистически чаще по сравнению с подростками II группы встречаются аддиктивное, делинквентное и аутоагрессивное поведение, что опре-

деляет группы соответствующего повышенного социального риска у обследуемого контингента.

3. Установлено, что показатель аддиктивного поведения у подростков-сирот (истинных и социальных) демонстрирует отрицательные умеренно выраженные по шкале Чеддока корреляции с показателем зависимости от родителей. Это можно интерпретировать, с одной стороны, как недостаток или отсутствие родительского контроля, а с другой – как уход из-под родительского контроля и поиск компенсаторных (заменяющих эмоциональные связи с родительскими фигурами) переживаний в различных формах аддикции.

4. Установлено, что показатель агрессивного поведения у подростков-сирот умеренно отрицательно связан с показателями физического насилия и зависимости от родителей. Одним из вариантов интерпретации может быть феномен «идентификации с агрессором». Предполагается, что перенесенные психические травмы в условиях депривационного опыта привели к тому, что у обследуемых подростков сформировалась психологическая готовность отвечать агрессией на трудные жизненные ситуации в силу негативных реакций проекции и переноса на окружающих их людей, что в итоге, позволяло им обосновывать свою агрессию.

5. Показатель аутоагрессивного поведения у подростков-сирот дал отрицательные умеренно выраженные по шкале Чеддока связи со смертью родителей и зависимостью от родителей. Как известно, смерть близкого человека (а родитель – это самый близкий) всегда в той или иной мере провоцирует идеи самообвинения и самобичевания («Это я в чем-то виноват», «Это я не смог уберечь или предотвратить» и т. д.) – по сути, это различные варианты аутоарессии. Относительно негативной связи с показателем зависимости от умерших родителей – это естественно, их уже нет, и зависимость, если и присутствует, то только от их образа.

6. Полученные данные позволяют говорить о целесообразности дифференцированного подхода к выбору индивидуального плана психокоррекционных мероприятий в зависимости от принадлежности подростка к выделенным подгруппам (сироты /социальные сироты или подростки, воспитывающиеся в семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации).

Литература

1. Беккер Г.С. Человеческое поведение: экономический подход. – М. : ГУ ВШЭ, 2003. – 672 с.
2. Гишинский Я., Гурвич И., Русакова М. Девиантность подростков. Теория, методология, эмпирическая реальность. – Изд-во «Медицинская пресса», 2001. – 200 с.
3. Гишинский Я.И. Социология девиантности (новеллы и перспективы) // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 70–73.
4. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Клиника и психология девиантного поведения. – СПб. : Речь, 2010. – 398с.
5. Змановская Е.В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход: дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2006. – 450 с.
6. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. – М.: ФИЗМАТЛИТ, 2006. – 816 с.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
8. Леонова И.В. Девиантное поведение виктимных детей, его причины и особенности // Знание. Понимание. Умение. – 2008. – № 3. – С. 210–214.
9. Леус Э.В., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Диагностика девиантного поведения несовершеннолетних // Вестник Челябинского гос. пед. ун-та. – 2012. – № 9. – С. 268–278.
10. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1983. – 256 с.
11. Майсак Н.В. Матрица социальных девиаций: классификация типов и видов девиантного поведения // Совр. проблемы науки и образования. – 2010. – № 4. – С. 78–86.
12. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: уч. пособие. – М. : МЕДпресс, 2001. – 432 с.
13. Радюкин Е.Е., Морозова О.А. Основные концепции девиантного поведения в зарубежных источниках // Вестник Санкт-Петерб. ун-та МВД России. – 2010. – № 2 (46). – С. 228–231.
14. Реан А.А. Факторы риска девиантного поведения: семейный контекст // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 4 (20). – С. 105–110.
15. Решетников М.М., Уласень Т.В. Психологический анализ агрессивных тенденций у подростков, впервые поступивших в социозащитное учреждение // Клиническая и специальная психология. – 2018. – № 2 (7). – С. 111–123. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2018/n2/>.
16. Салливан Гарри Стэк. Интерперсональная теория в психиатрии / пер. с англ. О. Исаковой. – СПб. : «Ювента»; М.: «КСП+», 1999. – 347 с.
17. Смелзер Н. Социология / пер. с англ. – М. : Феникс, 1998. – 688 с.
18. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – 304 с.
19. Тихомиров Д.А. Состояние и динамика проблемы социального сиротства в России // информационный гуманитарный портал «Знание. Понимание. Умение». – 2014. – № 1. URL: <http://www.zpu-journal.ru>

Поступила 14.08.2018

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

Для цитирования. Бобров А.Е., Решетников М.М., Уласень Т.В. Зависимость девиантных форм поведения у воспитанников социозащитных учреждений от характера перенесенного ими травматического опыта // Вестн. психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 68–82.

DEPENDENCE OF DEVIANT FORMS OF BEHAVIOR IN PUPILS OF SOCIAL PROTECTIVE INSTITUTIONS FROM THE CHARACTER OF THE INJURY CAREFULLY EXPECTED BY THEIR TRAUMATIC EXPERIENCE

Bobrov A.E.¹, Reshetnikov M.M.², Ulasen T.V.³

¹ Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbian

(Poteshnaya Str., 3, build. 10, Moscow, Russia);

² East-European Psychoanalytical Institute

(Bolshoy Ave., 18–A, St. Petersburg, Russia);

³ Smolensk State Medical University

(Krupskaya Str., 28, Smolensk, Russia).

Alexey Evgenjevich Bobrov – Dr. Med. Sci. Prof., Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the National Medical Research Center for Psychiatry and Addictology named after V.P. Serbian (Poteshnaya Str., 3, build. 10, Moscow, 107076, Russia), e-mail: bobrov2004@yandex.ru;

Mikhail Mikhailovich Reshetnikov – Dr. Psychol. Sci. Prof., Meritorious Scientist of Russia, Rector of the Psychoanalytical Institute (Bolshoy Ave., 18–A, St. Petersburg, 197198, Russia), e-mail: veip@yandex.ru;

✉ Tatiana Valentinovna Ulasen – Cand. Med. Sci., Associate Professor, Associate professor Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Smolensk State Medical University (Krupskaya Str., 28, Smolensk, 214019, Russia), e-mail: ulasen.tatjana@yandex.ru.

Abstract: The article presents the results of studying the relationship between the deviant forms of behavior of pupils of social protection institutions and the nature of the traumatic experience they have suffered; groups of increased social risk in the surveyed contingent of adolescents.

Keywords: deviation behavior, pupils of socioprotective institutions, traumatic experience

References

1. Bekker G.S. Chelovecheskoe povedenie: ehkonomicheskij podhod [Human behavior: the economic approach]. Moskva. 672 p. (In Russ)
2. Gilinskij YA., Gurvich I., Rusakova M. Deviantnost' podrostkov. Teoriya, metodologiya, ehmpiricheskaya real'nost' [Deviance of adolescents. Theory, methodology, empirical reality]. 2001. 200 p. (In Russ)
3. Gilinskij YA.I. Sociologiya deviantnosti (novelly i perspektivy) [Sociology of deviance (novels and perspectives)]. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological research]. 2009. N 8. Pp. 70–73. (In Russ)
4. Egorov A.Yu., Igumnov S.A. Klinika i psihologiya deviantnogo povedeniya [Clinic and psychology of deviant behavior]. Sankt-Peterburg. 2010. 398 p. (In Russ)
5. Zmanovskaya E.V. Psihologiya deviantnogo povedeniya : strukturno-dinamicheskij podhod [Psychology of Deviant Behavior : Structural-Dynamic Approach] : Dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2006. 450 p. (In Russ)
6. Kobzar' A.I. Prikladnaja matematicheskaja statistika. Dlja inzhenerov i nauchnyh rabotnikov [Applied mathematical statistics. For engineers and scientists]. Moskva. 2006. 816 p. (in Russ)
7. Kovalev V.V. Psihiatriya detskogo vozrasta (rukovodstvo dlya vrachej). [Psychiatry of childhood (guide for doctors)]. Moskva. 1979. 608 p. (in Russ)
8. Leonova I.V. Deviantnoe povedenie viktimnyh detej, ego prichiny i osobennosti [Deviant behavior of victim children, its causes and features]. *Znanie. Ponimanie. Umenie* [Knowledge. Understanding. Skill]. 2008. N 3. Pp. 210–214. (in Russ)
9. Leus Eh.V., Solov'ev A.G., Sidorov P.I. Diagnostika deviantnogo povedeniya nesovershennoletnih [Diagnostics of deviant behavior of minors] *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Chelyabinsk State Pedagogical University]. 2012. N 9. Pp. 268–278. (in Russ)
10. Lichko A.E. Psihopatii i akcentuacii haraktera u podrostkov. [Psychopathy and accentuation of character in adolescents]. Leningrad. 1983. 256 p. (in Russ)
11. Majsak N.V. Matrica social'nyh deviacij: klassifikaciya tipov i vidov deviantnogo povedeniya [Matrix of social deviations: classification of types and types of deviant behavior]. *Sovremennye problem nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2010. N 4. Pp. 78–86. (in Russ)
12. Mendelevich V.D. Psihologiya deviantnogo povedeniya : uchebnoe posobie [Psychology of Deviant Behavior : A Tutorial]. Moskva. 2001. 432 p. (in Russ)
13. Radyukin E.E., Morozova O.A. Osnovnye koncepcii deviantnogo povedeniya v zarubezhnyh istochnikah [Basic concepts of deviant behavior in foreign sources]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta MVD Rossii* [Bulletin of the St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia]. 2010. Vol. 46. N 2. Pp. 228–231. (in Russ)
14. Rean A.A. Faktory riska deviantnogo povedeniya: semejnij kontekst [Risk factors for deviant behavior : family context]. *Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal* [National Psychological Journal]. 2015. Vol. 20. N 4. Pp. 105–110. (in Russ)
15. Reshetnikov M.M., Ulasen' T.V. Psihologicheskij analiz aggressivnyh tendencij u podrostkov, v pervye postupivshih v sociozashhitnoe uchrezhdenie [Psychological analysis of aggressive tendencies in adolescents who first entered a socio-protective institution]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija* [Clinical and special

psychology]. 2018. Vol. 7. N 2. Pp. 111–123. doi:10.17759/cpse.2018070208. (in Russ)

16. Sallivan G.S. Interpersonal'naja teorija v psihiatrii [Interpersonal theory in psychiatry]. Sankt-Peterburg. Moscva. 1999. 347 p. (in Russ)

17. Smelzer N. Sociologiya [Sociology]. Moskva. 1998. 688 p. (in Russ)

18. Tarabrina N.V. Psihologija posttravmaticheskogo stressa [Psychology of post-traumatic stress]. Moskva. 2009. 304 p. (in Russ)

19. Tihomirov D.A. Sostojanie i dinamika problem social'nogo sirotstva v Ros-sii [The state and dynamics of the problem of social orphanhood in Russia]. *Informacionnyj gumanirarnyj portal «Znanie. Ponimanie. Umenie»* [Information Humanitarian Portal "Knowledge. Understanding. Skill"]. 2014. N 1. URL: [http:// www.zpu-journal.ru](http://www.zpu-journal.ru) (in Russ)

Received 14.08.2018

For citing. Bobrov A.E., Reshetnikov M.M., Ulasen' T.V. Zavisimost' deviantnyh form povedeniya u vospitannikov sociozashchitnyh uchrezhdenij ot haraktera perenesennogo imi travmaticheskogo opyta. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 68. Pp. 68–82. (**In Russ.**)

Bobrov A.E., Reshetnikov M.M., Ulasen T.V. Dependence of deviant forms of behavior in pupils of social protective institutions from the character of the injury carefully expected by their traumatic experience. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 68. Pp. 68–82.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЕМПЕРАМЕНТА, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ЗАЩИТ И СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ**

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России

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

² Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

В последние годы большой интерес в отечественной и зарубежной психологии авторы проявляют к проблеме копинг-поведения (стресс-преодолевающего) и психологическим защитам на стресс. В рамках этих исследований проводится поиск маркеров и детерминант, в качестве которых чаще всего выступают особенности личности человека (эмоциональные, волевые, мотивационно-ценностные, когнитивные, социально-психологические и др.).

Эти исследования отражены в целом ряде известных монографий и научных работ. Значительно меньше научных работ посвящено изучению базовых типологических особенностей личности, его темпераменту во взаимосвязи с

Грановская Рада Михайловна – д-р мед. наук, проф. Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: rada-gran@yandex.ru;

✉ Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф., засл. деят. науки России, зам. директора по науч. и учеб. работе Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcserm.ru;

Змановская Елена Валерьевна – д-р психол. наук, проф. Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: evz-spb@mail.ru;

Ашанина Елена Николаевна – д-р психол. наук, проф. Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

Хрусталева Нелли Сергеевна – д-р психол. наук, проф. каф. психол. кризисных и экстремал. ситуаций фак-та психол. Санкт-Петербургского гос. универ. (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: spbu@srbu.ru;

Савельева Мария Владимировна – науч. сотрудник науч. исслед. отд. организ. науч. деят-ти Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: savelievamariya@gmail.com.

психологическими защитами и копинг-поведением человека в экстремальных и, особенно, чрезвычайных ситуациях.

Коллектив авторов настоящей статьи на основе анализа материалов монографии Рады Михайловны Грановской «Психологическая защита» [3] (2007) обсудил проблему взаимосвязи темперамента, психологических защит и совладания со стрессом и с участием Рады Михайловны представляет эти данные в виде статьи с акцентами на наиболее важных ее аспектах, представив для наглядности основную часть материалов в виде структурированных таблиц и рисунков.

Ключевые слова: темперамент, психологические защиты, совладание со стрессом, копинг поведение, эмоции.

Введение

Как известно термин «темперамент» (от лат. *peramentum*) в переводе с латинского обозначает «устойчивая смесь, соотношение частей», равное ему по значению греческое слово «красис» (др.-греч. *κράσις* – «слияние, смешивание») ввели врачи античности Гиппократ и Гален [3]. Темперамент – это базовая, устойчивая характеристика личности человека. Выделяют три основных параметра темперамента: величина энергетического потенциала человека, скорость реакции и эмоциональный фон [2–4]. Эмоции являются мощным импульсом для решения проблем. В зависимости от темперамента меняется энергетический потенциал: у флегматиков он достаточно мощный и постоянный, у холериков – мощный, но быстро истощающийся, у меланхоликов – маломощный и неустойчивый, а у сангвиников лишь эпизодически проявляется на высоком уровне под влиянием благоприятных условий [3, 6, 9].

Темперамент – врождённый биологический фундамент, на котором формируется личность. Предельный темп и скорость реакции, темп усвоения перемен, инерционность принятия решений и ритм пульсаций – динамические аспекты поведения, определяющиеся темпераментом [3, 6, 9, 10].

Темперамент человека определяет также, насколько легко возникает эмоциональное возбуждение, какой интенсивности оно будет, какой фон настроения будет преобладать и насколько легко он может измениться [2–4, 10].

Таким образом, темперамент можно представить как систему ограничений, некие рамки, внутри которых идет развитие индивидуальности. Всё это является предопределяющим фактором работоспособности, реагирования на кризисные ситуации. Врождённые особенности темперамента несколько нивелируются за счёт развития и обучения, а также под влиянием культурных традиций. Чем значимее для человека его соответствие со-

циальным и этическим нормам, тем существеннее будет данное сглаживание.

Под влиянием воспитания и образования проявления рефлекторного поведения в нормальных условиях будут пристойны. Однако в условиях кризисной ситуации, в напряженном, взволнованном состоянии, возрастает тенденция к врождённым формам поведения, а вероятность использования нестандартных подходов к проблеме падает. То есть врождённые формы реагирования могут вновь проявиться под влиянием экстремальных условий, так как не требуют большого количества энергетических затрат и сложности регулирования. Внутренняя перегрузка, выходящая за рамки адекватного поведения, способна смыть культурные наносы. Л.С. Выготский [2] считал темперамент предпосылкой, а характер – конечным результатом воспитательного процесса. Он отмечал, что если в спокойных условиях темперамент предоставляет личности достаточно широкие границы скорости возможных реакций, то в ситуациях тревоги и страха его влияние на способ и эффективность деятельности усиливается, поскольку такие условия способствуют осыпанию «шелухи» воспитания и обнажают врождённый остов. При этом стоит заметить, что ощущение внутриличностной перегрузки человека может быть следствием несовместимости и избыточного количества семейных и профессиональных ролей, исполняемых им [3, 8, 11]. Для каждого человека есть определённая совокупность таких ролей, зависящих от обстоятельств, темперамента и возраста. Довольно часто между родителем и ребёнком с разными темпераментами возникают конфликты из-за взаимного непонимания [2–4, 6, 9]. Например, быстрая и взрывная мать холерического темперамента не понимает замедленную дочь-флегматика. Реакция на стрессовые ситуации у людей с разными типами темперамента и формы психологических защит представлены в таблице 1.

Если человек будет осознавать особенности собственного темперамента, то в дальнейшем это поможет ему совладать с собой и не потерять контроль над своим поведением.

Таблица 1

Реакция на стрессовые ситуации у лиц с разными темпераментами

Вид темперамента	Реакция человека в условиях критической или конфликтной ситуации	Форма психологической защиты
Флегматик	Флегматик перестает придавать событиям какую-либо значимость, обнаружив стремление пустить все на самотек («Куда торопиться? Надо выждать и посмотреть, как будут развиваться события, а тогда и решить, что делать»).	Флегматик, имеющий энергетические резервы средней величины, но устойчивые и медленно истощаемые, расположен использовать интелтуализацию, требующую достаточного времени на анализ ситуации.
Холерик	Холерик или ищет «виноватых», перейдя к открытым действиям против них (найти виноватого и наказать!), или проявляет агрессию словесно, в форме обвинений и оскорблений.	Холерики предпочитают замещение как защитный механизм, направленный вовне.
Меланхолик	Меланхолик как человек с повышенной тревожностью и робостью склонен к обвинению себя. И не только к самообвинению, но и к излишней фиксации на происходящем. Ему кажется, что к нему плохо относятся, и поэтому требуется относительно меньший уровень воздействия для формирования стресса («Если все ко мне так плохо относятся, то, наверное, я этого заслуживаю, и с этим уже ничего не поделаешь!»). На этом фоне возникает обратная связь, когда при высокой тревожности исходно негативное отношение к себе углубляется.	У меланхолика особенно ярко проявляется слабость психических процессов. Простые ситуации зачастую приводят его к автоматическому вторжению психологической защиты; при этом он чаще направляет процессы защиты не вовне, а на себя, что провоцирует подавление.
Сангвиник	Сангвиник обесценивает травматичность сложившейся ситуации за счет понижения значимости цели («Да не буду я эту стенку пробивать лбом, есть много других интересных задач»). Обесценивание цели ведет к тому, что как человек, обладающий высокой подвижностью психики и большой уверенностью в себе, он не склонен к агрессии и его поведение отличается реалистичностью.	У сангвиника сила психических процессов достаточно велика, субъективно ощущается как способность справляться практически с любыми задачами, что вообще не требует включения психологической защиты. Только в особо тяжелых ситуациях, при неуспехе, полученная самооценка приводит их к скоростному оправданию себя (рационализации).

Перегрузки провоцируют стресс, увеличивают вероятность того, что человек не справится с обстоятельствами [7]. Усугубить данную ситуацию может повышенное ощущение риска. Лица с разными типами темперамента будут ощущать его в разной мере. Не всех чувство риска приводит к перегрузкам и нарушению поведения. Холерики и сангвиники работают даже лучше в ситуации форс-мажора, а флегматики и меланхолики действуют продуктивнее в условиях, когда направление поиска решения уже заранее определено или имеет место четкая, формализованная и стабильная структура производственного процесса. Ещё одна особенность, различающаяся у людей с разными типами темперамента, – устойчивость, обеспечивающая работоспособность, – представлена в таблице 2.

Таблица 2

Работоспособность лиц с разными типами темперамента

Вид темперамента	Работоспособность
Флегматик	Работоспособность высокая, но флегматик тяжел на подъем. Он долго раскачивается, с трудом отказывается от привычных приемов, традиций и стереотипных взглядов. Включение в новые ситуации для флегматика утомительно, а если необходимо сделать еще и за короткий промежуток времени, то это утомительно вдвойне. В таких случаях, при сильном давлении, он может вообще отказаться от работы, мотивируя это тем, что в такие сроки ничего путного сделать нельзя.
Холерик	Работоспособность холерика высока, но только на спринтерских дистанциях. Холерик эффективен и может добиваться заметных результатов при выполнении срочных, пусть трудных и неожиданных, заданий, так как на коротких дистанциях он четко ставит цели и умеет достигать их в заданные сроки. Стоит заметить, что при скоростной реакции и быстром ее истощении холерика подстерегают две опасности: так как он силен в «толчке», то и к цели продвигается рывками и может пропустить важные моменты в ситуации и проиграть, а при прохождении трудоемкой стайерской дистанции становится агрессивным и может впасть в депрессию.
Меланхолик	Работоспособность у меланхолика вследствие недостатка энергии и настойчивости быстро истощается. При этом, несмотря на повышенную утомляемость и излишне негативную эмоциональную реакцию на трудности, ситуация небезнадежна. При правильном подходе меланхолик может научиться компенсировать недостаточный запас энергии частым самоконтролем, разумной организацией труда и дополнительными перерывами на отдых.

Вид темперамента	Работоспособность
Сангвиник	Работоспособность сангвиника достаточно высока и может удерживаться на достигнутом уровне при длительном и напряженном труде. При временном снижении она быстро восстанавливается. Поэтому ее неуправляемое падение или недостаточный энергетический накал не выступают поводом для включения психологической защиты.

Врожденная лабильность, подвижность психических процессов у лиц с разными типами темперамента накладывает свою печать на их прогностические возможности [3, 10, 11]. У выраженного холерика время, используемое для анализа событий, короткое, что, естественно, подкрепляет его тактические возможности и снижает стратегические. Поэтому в случае, когда только анализ длительных временных интервалов ведёт к оптимальному решению, холерики малопродуктивны и, чувствуя это, проявляют агрессию и взрывной негативизм («Кому все это надо!»). Зато у флегматиков оптимальное время анализа существенно больше, что способствует стратегическим решениям. Вместе с тем их медлительность, невозмутимое спокойствие и осмотрительность не позволяют им оперативно оценивать как обстановку, так и собственные действия. В случае необходимости принятия решения у них сразу же формируется внутренний протест («Так серьезные дела не делаются!»).

Обсуждая влияние темперамента на особенности защиты и совладания, надо принять во внимание и деформирующее влияние возраста [8]. У подростков и юношей жизненный тонус высок и скорость реакции максимальна. Поэтому, с одной стороны, может сложиться ошибочное впечатление, что среди молодых больше холериков и сангвиников, чем среди пожилых людей. С другой стороны, при всех формах темперамента в зрелом возрасте скорость обменных процессов замедляется и, соответственно, скорость реагирования сдвигается от холеристических к флегматическим показателям.

Возраст по-разному влияет на лиц разного темперамента [9]. Сангвиники плохо ощущают скоротечность времени, но в среднем возрасте могут обнаружить, что в их жизни осталось мало целей, к которым стоило бы стремиться. Осознавая, что им не суждено быть вечно молодыми, начинают думать, как жить дальше. Флегматики все больше стремятся к собственной значимости – титулам и званиям, то есть ко всему, что гарантирует уверенность, прочность, престиж, поэтому в зрелости не чужаются интриг, это отличает их от меланхоликов, которые для этого слишком чув-

ствительны, от холериков, негибких и излишне прямых, и от сангвиников, которым это неинтересно. Достижения одинаковой продуктивности в своей деятельности у лиц с разными типами темперамента, обеспечивается разными психическими затратами. У людей чьи свойства темперамента будут адекватны параметрам задачи, затраты будут минимальны [3, 12]. В противном случае неправильно поставленная задача потребует чрезмерного количества сил и приведёт к быстрому утомлению и даже истощению.

Именно с этих позиций в таблицах 3–6 представлены особенности эмоций, общения, самооценки и поведения в критических ситуациях у лиц с разными видами темперамента.

Таблица 3

Особенности эмоций, общения, самооценки и поведения в конфликтных (стрессовых) ситуациях у лиц с сангвинистическим типом темперамента

Эмоции	Эмоции у сангвиника положительные. Они быстро возникают, ярко проявляются, но недолговечны. Основным стремлением выступает импульс к наслаждению в сочетании с легкой возбудимостью чувств и с малой их продолжительностью. Сангвиник – натура увлекающаяся, с лёгкостью переключающаяся на все, что ему приятно. Неустойчивость чувств и их подвижность создают оптимальные условия для быстрого переключения. Поэтому если что-то не складывается согласно желаниям, такой человек быстро переключается на другое, что и позволяет ему сохранять положительный эмоциональный фон. Всё, что с ним случается, он принимает легко и неспособен долго придаваться мрачным мыслям, тревоге или страху.
Общение	Сангвиник – мастер налаживания контактов, но ему всегда недостает общения. Одиночества он не переносит, лишение общения для него – суровое наказание. В изоляции, лишенный широкого круга контактов да ещё обречённый на безделье, он способен даже на агрессивную реакцию. Однако при всем его мастерстве общение с ним имеет и негативные стороны: достаточно часто его отношение к людям изменчиво и непостоянно, зачастую он не держит своего слова, так как не обдумал, в состоянии ли он сдержать его. Поэтому сангвиник плохой должник, так как с лёгкостью и неоднократно будет требовать отсрочки.

Самооценка	Самооценка сангвиника, как правило, стабильна и достаточно высока. У него развиты чувства своей значимости, достоинства и уверенности в себе, опирающиеся на способность сохранять самообладание и самоконтроль в трудных ситуациях. Если же у него обнаруживаются негативные результаты, то немедленно активизируется психологическая защита – рационализация, и тогда любой положительный результат он готов истолковать в свою пользу и каждый успех приписать себе, а неуспех – обстоятельствам. Высокая самооценка имеет как положительные, так и отрицательные последствия. С одной стороны, ставя себя достаточно высоко, сангвиник независтлив. С другой – она быстро приводит к ощущению скуки при выполнении стереотипных или рассчитанных на длительный срок заданий. Без внешнего побуждения сангвиник редко доводит такие дела до конца – ему скучно выполнять будничные операции, а внутренняя напряженность от недовольства собой ему не грозит – он не склонен подолгу копаться в себе и подробно анализировать свое душевное состояние.
Конфликтные ситуации	В конфликтных ситуациях, на фоне позитивного отношения к себе и другим, он предпочитает стратегии компромисса и сотрудничества. Вместе с тем склонность сангвиника к компромиссам, при яркой её выраженности, может восприниматься окружающими как беспринципность и избегание трудностей, тем самым усиливая исходную напряженность.

Таблица 4

Особенности эмоций, общения, самооценки и поведения в конфликтных (стрессовых) ситуациях у лиц с флегматичным типом темперамента

Эмоции	Эмоции у флегматика бурно не проявляются. Его чувства невыразительны, нагревается он медленно, но долго хранит тепло. Не склонный к яркому эмоциональному реагированию, он тяготеет к эмоциям положительным. Порой он столь уравновешен, что тем, кто с ним общается, кажется равнодушным. Поскольку общий фон эмоций скорее положительный, то по жизненной позиции флегматик ближе к оптимистам. В целом он маловпечатлительный, терпеливый, спокойный и доброжелательный человек. Чувства флегматика настолько умеренны, что ему не так трудно быть выдержанным и добродетельным. Он редко раздражается, жалуется и, перенося свои страдания терпеливо, мало возмущается страданиями других. В целом флегматики – люди размеренные. Они лучше всего чувствуют себя, когда всё идёт как всегда. Даже небольшое отклонение от привычного хода событий может приводить их в замешательство и смятение.
--------	---

Общение	Общение представляет для флегматика известные трудности. Из-за длительных пауз перед ответом окружающим порой кажется, что происходящие вокруг события его ничуть не интересуют. Им трудно догадаться, что для флегматика пауза в разговоре до 10 и более секунд необходима для размышления или поиска формулировки. Принуждение к ускорению темпа речи сбивает его с мысли и нарушает контакт. При этом он становится ненаходчивым и иногда выглядит туповатым, особенно в новой обстановке. Общаясь в напряженных условиях, флегматики ещё больше увеличивают обычную для себя задержку реакции, ответ на первое обращение может последовать после второй или даже третьей реплики, что весьма затрудняет взаимное понимание. Трудности общения усугубляются и особенностями его мышления. В отличие от представителей иных темпераментов, в дискуссиях и переговорах убедить флегматика эмоциями невозможно, он воспринимает только доводы и факты. Как человека самодостаточного даже существенное ограничение общения флегматика не травмирует, он переносит его спокойно, погружаясь в свой внутренний мир.
Само-оценка	Флегматики способны адекватно оценить себя, но иногда занижают свои реальные возможности и способности. Часто теряют уверенность, так как чрезвычайно скромные личности и не любят хвастаться.
Конфликтные ситуации	Реакция флегматика на конфликт сводится к двум вариантам стратегий. Когда он не понимает причины эмоционального накала («Из-за чего сыр-бор разгорелся?») или ситуация для него не очень существенна, тогда он использует стратегию ухода с поля. Если же обстановка для него значима и у него имеются аргументы «за» или «против», он присоединяется к единомышленникам и предпочитает стратегию сотрудничества. В последнем случае окружающие могут воспринимать его как бесхарактерного, всегда склоняющегося к компромиссу человека, вечно призывающего всех «жить дружно».

Таблица 5

Особенности эмоций, общения, самооценки и поведения в конфликтных (стрессовых) ситуациях у лиц с холерическим типом темперамента

Эмоции	Эмоции у холерика мощные, определяющие неистовый вспыльчивый нрав и стремительность. Под влиянием страстей холерик обнаруживает замечательную силу, энергию и настойчивость, однако быстро воспламеняется от внешнего препятствия. Любой барьер на пути к достижению цели для холерика превращается в стимул эмоциональной агрессии. От рутины он устает и тогда начинает искать препятствие для преодоления. Эти особенности холерика обуславливают трудности в его борьбе с собой, когда надо управлять своим поведением и сдерживать негативные эмоции. В момент взрыва наказывать холерика не только бесполезно, но и опасно. Надо дать ему остыть. В целом он лучше действует в моменты напряжения, однако его волевой импульс удерживается лишь в коротком интервале времени. Поэтому с лучшей стороны холерик проявляет себя во внезапных, дерзких предприятиях.
--------	---

Общение	Общение холерика не затрудняет, но окружающим с ним непросто. Во-первых, выслушав поручение, он склонен прерывать собеседника, стремясь увести разговор от неприятной темы. Поэтому приходится прилагать усилия для непрерывного удержания его внимания до конца изложения задачи – например, договориться, что все вопросы и уточнения потом, после того как он выслушает задание. Во-вторых, он бывает агрессивен («Всё это совершеннейшая глупость! Кто эту ерунду придумал?»). Его агрессия поддерживается избыточным уровнем эмоциональности и выраженным ожиданием негативного отношения к себе. Возникающие проблемы в общении и неумение контролировать себя мешают холерику быть руководителем. В этом статусе он становится авторитарным – не только труден в общении, но излишне категоричен и требователен. Окружающие воспринимают особенности его характера как недостатки воспитания и отсутствие такта. Поскольку «сглаживать углы» холерика неспособны, близким и сотрудникам всегда приходится иметь в виду их взрывоопасность и соблюдать осторожность, так как в напряженной ситуации любая резкость или несдержанность партнёра по общению может вызвать бурную отрицательную реакцию и даже эмоциональный взрыв. Тем более при склонности холерика слишком быстро выносить суждения, сразу же отвергая идеи, которые, с его точки зрения, недостаточно совершенны.
Само-оценка	Самооценка холерика в целом имеет колебательный характер: большую часть времени она завышена, но не очень устойчива и требует непрерывного подкрепления, иначе стремительно падает – вплоть до резко заниженной.
Конфликт-ные ситуа-ции	В конфликте холерики часто используют стратегию соперничества и тогда становятся опасными в связи со своей импульсивностью и неумением ждать и терпеть. Также имея склонность к героическим прогнозам и построению победоносных планов, он предстает максималистом – желает сохранить одно, не отказываясь от другого.

Таблица 6

Особенности эмоций, общения, самооценки и поведения в конфликтных (стрессовых) ситуациях у лиц с меланхоличным типом темперамента

Эмоции	Эмоции у меланхолика преимущественно негативные, и доминирует среди них склонность к печали. Желания меланхолика неяркие, а собственные страдания кажутся невыносимыми. В связи с такой реакцией на окружающее он болезненно раним, и ранимость усугубляется тем, что возникающие чувства не только негативны, но и имеют затяжной характер. В его поведении проявляются ригидные установки и большая инертность переживаний, что ведёт к чрезмерной обидчивости, болезненной ранимости, тревоге и страхам. Постоянная тревожность делает меланхолика боязливым, суеверным, страшщимся любого контроля, экзаменов и комиссий. Нормальная для представителей иных темпераментов ситуация для меланхолика зачастую экстремальна, у него быстро наступает истощение, приводящее к дезадаптации. Отрицательные эмоции, сопровождающие тревожность, – цена, которую меланхолик вынужден платить за свою чувствительность.
--------	--

Общение	Общение для меланхолика затруднено его обидчивостью и мнительностью. Нередко он гипертрофированно озабочен отношением к себе окружающих, остро рожен и даже робок в деловых контактах. Благодаря свойственной ему податливости и мягкости, он может долго уступать, воспринимая несправедливость пассивно, при этом он лишается возможности самореализации и не получает что-то необходимое лично для себя. Тогда он приходит к выводу, что «на нём ездят». Меланхолик – не просто человек слова, он суперобязателен. Он с трудом дает обещание, так как всегда сомневается, в состоянии ли он его исполнить.
Самооценка	Самооценка меланхолика обычно стабильно понижена, вследствие чего ему нравится делать то, что у него получается. Часто он не ждёт ничего хорошего для себя от следующего указания, что связано как с низким уровнем самоуважения, так и с повышенной эмоциональной реакцией на неожиданности. Поэтому у меланхолика преобладает неустойчивое настроение, направляющее его поведение к изоляции, отступлению перед трудностями и избеганию какой-либо ответственности. Желание меланхолика сделать все самым лучшим образом влияет на сроки выполнения работы, и часто он не завершает проект из-за невозможности соответствовать своим высоким стандартам.
Конфликтные ситуации	Как человек мягкий, доброжелательный, в конфликтной ситуации меланхолик с большой вероятностью уступит или уйдёт из поля противостояния. При первых намёках на трудности в коллективе он реализует стратегию избегания, поскольку обстановка конфликта для него непереносима. Он не выносит и напряженность в отношениях, и любую неопределённость, так как не в состоянии «держать удар». Обращение за помощью к другим нередко связано у него с подсознательным стремлением переложить на них ответственность за собственные поступки. Иногда занимаемая меланхоликом позиция жертвы создает дополнительные преимущества – о жертвах принято постоянно заботиться и опасаться, что с ними что-нибудь произойдёт или в решительный момент им станет плохо.

В современной психологической науке [1, 3-6, 8, 11, 12] выделяют следующие основные стратегии преодоления стресса (копинг-стратегии) (рис.1).

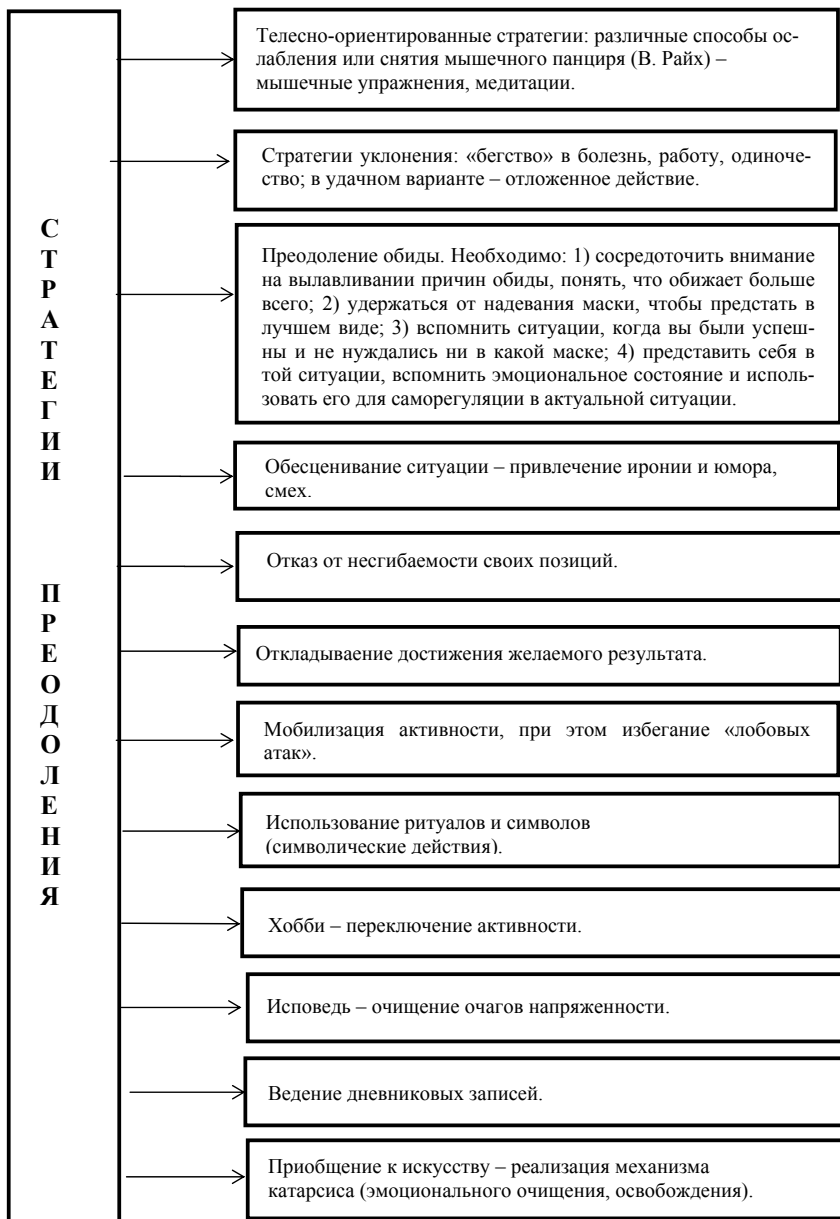


Рис. 1. Основные стратегии преодоления стресса

В работах современных психологов [4] приведено большое количество стратегий совладания со стрессом.

Основные копинг-стратегии совладания со стрессом приведены на рис. 2.

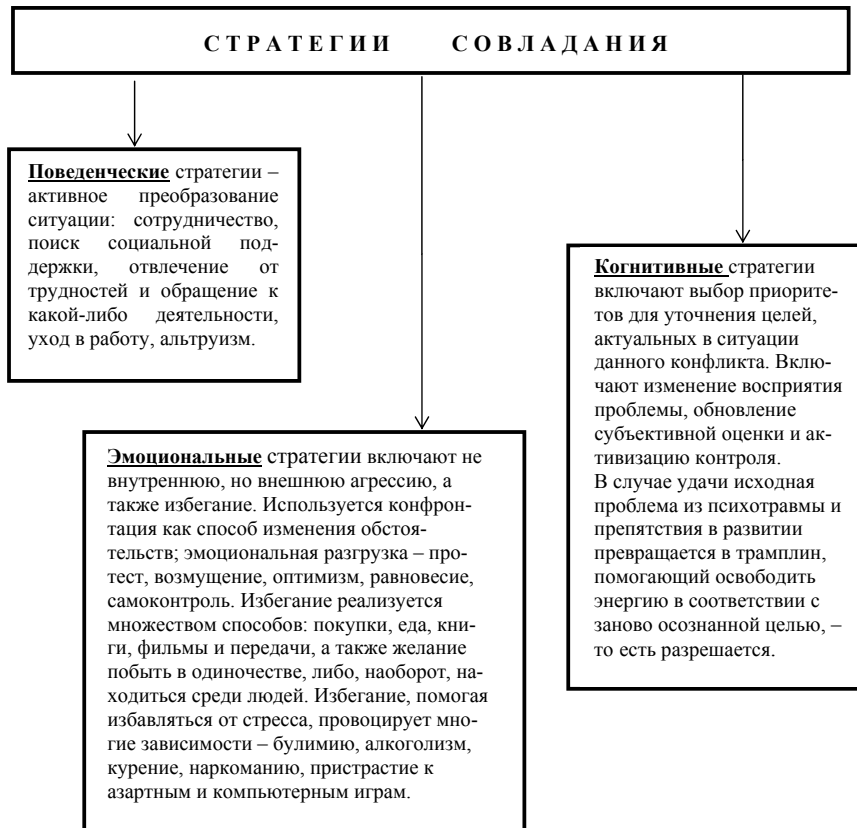


Рис. 2. Основные стратегии совладания со стрессом

Заключение

Преодоление стрессовых ситуаций обеспечивается мобилизацией личных ресурсов, которые проявляются в определенных стратегиях и когнитивных действиях. Характер этих стратегий в значительной степени зависит от особенностей личности, жизненного опыта, а также психологических факторов, которые определяют индивидуальное своеобразие процес-

сов преодоления и совладания. При этом, во-первых, высока значимость свойств темперамента личности в выборе тех или иных стратегий совладания и психологических защит. Во-вторых, существует тесная взаимосвязь между теми личностными конструктами, включая темперамент, с помощью которых возникает определенная реакция на стрессовую ситуацию, и тем, какую стратегию поведения при стрессе человек выберет.

Литература

1. Алексанин С.С., Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю. Подготовка отечественных научных журналов и статей для международных баз данных // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2013. – № 3. – С. 87–94.
2. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М. : Смысл: Эксмо, 2005. – 1129 с.
3. Грановская Р.М. Психологическая защита. – СПб. : Речь, 2007. – 476 с.
4. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. – СПб. : Свет, 2000. – 655 с.
5. Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Зотова А.В. Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 – «медицинская психология» (1980-2011) : монография. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 168 с.
6. Маклаков А. Г. Общая психология. – М., СПб : изд. Питер, 2005. – 583 с.
7. Небылицын В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий / Собр. соч. в память В. Небылицина. – М. : Наука, 1976. – 275 с.
8. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. – СПб. : Речь, 2006. – 507 с.
9. Русалов В.М. Биологические основы индивидуальных различий. – М. : Наука, 1979. – 352 с.
10. Русалов В.М., Трофимова И.Н. О представленности типов психической деятельности в различных моделях темперамента // Психологический журнал. – 2011. – Т. 32, № 3. – С. 74–84.
11. Рыбников В.Ю., Булыгина В.Г. Диагностические возможности теоретического конструкта «самоконтроль» // Российский психиатрический журнал. – 2015. – Т. 31. – С. 63–69.
12. Хрусталева Н.С. Психология кризисных и экстремальных ситуаций. – СПб. : изд.-во СПбГУ, 2018. – 748 с.

Поступила 02.11.2018

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

Для цитирования. Грановская Р.М., Рыбников В.Ю., Змановская Е.В., Ашанина Е.Н., Хрусталева Н.С., Савельева М.В. Взаимосвязь темперамента, психологических защит и совладания со стрессом // Вестн. психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 83–99.

**INTERRELATION OF TEMPERAMENT, PSYCHOLOGICAL PROTECTION
AND MASTERING THE STRESS**

**Granovskaya R.M.¹, Rybnikov V.Yu.¹, Zmanovskaya E.V.¹, Ashanina E.N.¹,
Khrustaleva N.S.², Savelyeva M.V.¹**

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine
EMERCOM of Russia (Akad. Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia);
² St. Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, Russia).

Rada Mikhaelovna Granovskaya – Dr. Med. Sci. Prof. Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine EMERCOM of Russia (Akad. Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: rada-gran@yandex.ru;

✉ Victor Yuryevich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci., Prof. Deputy Director (Science and Education) of Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine EMERCOM of Russia (Akad. Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: medicine@nrccrm.ru;

Elena Valeryevna Zmanovskaya – Dr. Psychol. Sci., Prof. Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine EMERCOM of Russia (Akad. Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: evz-spb@mail.ru;

Elena Nikolaevna Ashanina – Dr. Psychol. Sci., Prof. Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine EMERCOM of Russia (Akad. Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

Nellie Sergeevna Khrustalyova – Dr. Psychol. Sci., Prof. department psychology of crisis and extreme situations faculty psychol. of St. Petersburg State University (Universitetskaya Emb., 7/9, St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: spbu@spbu.ru;

Maria Vladimirovna Savelyeva – Research associate of research department organization of scientific activity Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine EMERCOM of Russia (Akad. Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: savelievamariya@gmail.com.

Abstract. In recent years great interest in domestic and foreign psychology authors show to a problem a coping (a stress - overcoming) behavior and to psychological protection on a stress. Within these researches search of markers and determinants as which features of the identity of the person most often act is carried out (emotional, strong-willed, motivational and valuable, cognitive, social and psychological, etc.).

These researches are reflected in a number of the famous monographs and scientific works. Much less scientific works are devoted to studying of basic typological features of the personality, his temperament in interrelations with psychological protection and a coping by behavior of the person in extreme and, especially, emergency situations.

The group of authors of the present article on the basis of the analysis of materials of the monograph of Rada Mikhaelovna Granovskaya "Psychological protection" [3] (2007) discussed a problem of interrelation of temperament, psychological protec-

tion and mastering a stress and Rada Mikhaylovna's participation presents these data in article form with emphases on its most important aspects, having presented for descriptive reasons the main part of materials in the form of the structured tables and drawings.

Keywords: temperament, psychological protection, mastering a stress, coping behavior, emotions.

References

1. Aleksanin S.S., Evdokimov V.I., Rybnikov V.YU. Podgotovka otechestvennyh nauchnyh zhurnalov i statej dlya mezhdunarodnyh baz dannyh [Preparation of domestic scientific logs and articles for the international databases]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah*. [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2013. N 3. Pp.87–94. (In Russ.)
2. Vygotskij L.S. Psihologiya razvitiya cheloveka [Psychology of development of the person]. Moskva. 2005. 1129 p. (In Russ.)
3. Granovskaya R.M. Psihologicheskaya zashchita [Psychological protection]. – Sankt-Peterburg. 2007. 476 p. (In Russ.)
4. Granovskaya R.M. Ehlementy prakticheskoj psihologii [Elements practical psychology]. Sankt-Peterburg. 2000. 655 p. (In Russ.)
5. Evdokimov V.I., Rybnikov V.YU., Zotova A.V. Analiz dissertacionnyh issledovanij po special'nosti 19.00.04 – «medicinskaya psihologiya» [The analysis of dissertation researches in the specialty 19.00.04 – «medical psychology» (1980-2011)]. Sankt-Peterburg. 2012. 168 p. (In Russ.)
6. Maklakov A. G. Obshchaya psihologiya. [General psychology]. Moskva, Sankt-Peterburg. 2005. 583 p. (In Russ.)
7. Nebylicyn V. D. Psihofiziologicheskie issledovaniya individual'nyh razlichij [Psychophysiological researches of individual distinctions]. Moskva. 1976. 275 p. (In Russ.)
8. Nikol'skaya I.M., Granovskaya R.M. Psihologicheskaya zashchita u detej [Psychological protection at children]. Sankt-Peterburg. 2006. 507 p. (In Russ.)
9. Rusalov V.M. Biologicheskie osnovy individual'nyh razlichij [Biological bases of individual distinctions]. Moskva. 1979. 352 p. (In Russ.)
10. Rusalov V.M., Trofimova I.N. O predstavlenosti tipov psihicheskoj deyatel'nosti v razlichnyh modelyah temperamenta [About representation of types of mental activity in various models of temperament]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological journal]. 2011. Vol. 32, N 3. Pp. 74–84. (In Russ.)
11. Rybnikov V.Yu., Bulygina V.G. Diagnosticheskie vozmozhnosti teoreticheskogo konstrukta «samokontrol» [Diagnostic opportunities of a theoretical construct «self-checking»]. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2015. Vol. 31. Pp. 63–69. (In Russ.)
12. Hrustaleva N.S. Psihologiya krizisnyh i ehkstremaal'nyh situacij [Psychology of crisis and extreme situations]. Sankt-Peterburg. 2018. 748 p. (In Russ.)

Received 02.11.2018

For citing. Granovskaya R.M., Rybnikov V.Yu., Zmanovskaya E.V., Ashanina E.N., Khrustaleva N.S., Savelyeva M.V. Vzaimosvyaz' temperamenta, psikhologicheskikh zashhit i sovladaniya so stressom. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 68. Pp. 83–99. (In Russ.)

Granovskaya R.M., Rybnikov V.Yu., Zmanovskaya E.V., Ashanina E.N., Khrustaleva N.S., Savelyeva M.V. Interrelation of temperament, psychological protection and mastering the stress. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 68. Pp. 83–99.

УДК 159.9.075

О.Ю. Микита

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ: ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИКИ, ПРОГРАММА

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

В статье приведено описание программы психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки. Описаны ее цели, задачи, методики. Обоснована и детально описана структурно-функциональная модель и основные этапы психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящихся в листе ожидания, через месяц и через год после трансплантации почки.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, хроническая почечная недостаточность, трансплантация почки, психологическая диагностика, психологическая коррекция.

Введение

Исследования показывают наличие существенных психологических проблем у пациентов с хронической почечной недостаточностью (ХПН) на различных этапах (в листе ожидания, через месяц и через год после) трансплантации почки [2, 4]. Показано, что ухудшение здоровья, физиче-

✉ Микита Олеся Юрьевна – науч. сотрудник отделения трансплантации почки и поджелудочной железы, зав. учебным центром науч.-исслед. ин-та скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3), e-mail:sklif.uko@gmail.com.

ского и психического состояния, общее снижение качества жизни приводит к существенному росту ситуативной и личностной тревожности, а также к депрессивным состояниям у пациентов ХПН на различных этапах прохождения ими лечения [1, 3]. Данное психологическое состояние негативно отражается на течении болезни и может приводить к серьёзным осложнениям и высокому уровню смертности пациентов после трансплантации почки.

Исходя из вышесказанного, следует признать необходимость разработки программы психологического сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки.

В качестве структурных элементов программы психологического сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки нами были выделены: цели, задачи, этапы и мероприятия, формы и методы психолого-педагогической и медико-социальной помощи; деятельность специалистов, её осуществляющих; психодиагностический контроль результативности проводимых мероприятий. Важным элементом программы психологического сопровождения являлась психолого-педагогическая поддержка всех участников процесса, включая пациентов с ХПН, специалистов-медиков и родственников.

Наряду с вышеперечисленными основными элементами программы психологического сопровождения были выделены дополнительно следующие важные элементы: психологические мероприятия, проводимые с пациентами; использование специального психокоррекционного оборудования типа БОС, аппаратов аудиовизуального воздействия, ароматерапии, а также активное использование средств психологической коррекции в виде психологического консультирования, социально-психологических групповых тренингов и индивидуальной психокоррекции, а в необходимых случаях – психотерапевтической работы врача-психотерапевта. В ходе разработки программы были обоснованы её основные этапы, представленные на структурно-функциональной модели психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки (см. рис.).



Структурно-функциональная модель комплексного психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки

Разработанная программа психологического сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки регламентирует общую организацию, объем и основные мероприятия психолого-медико-социальной помощи, а также этапы, формы и методы работы специалистов. Представляется целесообразным привести её краткое описание.

Целью программы психологического сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки явилось: обеспечение их комплаентности (приверженности лечению) процедурам лечения и предписаниям лечащих врачей; снижение уровня тревожности и депрессивных переживаний (совершенствование исходов трансплантации и соблюдения режима с помощью психологической поддержки и социальной работы может позволить улучшить исходы операции); активное восстановление психологического статуса и качества жизни пациентов с хронической почеч-

ной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки; предупреждение возникновения функциональных и психических расстройств, неадекватных форм поведения.

Задачи программы психологического сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки:

1. Оценка психологического состояния пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки на основе их психодиагностического обследования, мониторинга психологического статуса (психического состояния), копинг-поведения и качества жизни;

2. Анализ ведущих стресс-факторов пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки и выявление механизмов психологической защиты и стратегий копинг-поведения, используемых пациентами для преодоления стресса;

3. Выбор наиболее оптимальных направлений и методик психолого-психотерапевтической (психокоррекционной, психотерапевтической) или социальной работы с пациентом с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки, в зависимости от психического статуса и качества жизни пациентов;

4. Выявление пациентов, находящихся в состоянии психической дезадаптации, депрессии, со сниженными функциональными резервами, неадаптивным защитно-совладающим поведением и нарушениями качества жизни (психические, физическое и социальное функционирование);

5. Организация в соответствии с предложенной программой комплексного психологического и медико-социального сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки. При этом медицинское сопровождение осуществляют врач-психотерапевт, лечащий врач, средний медицинский персонал, социальное – социальный работник, родные, близкие, друзья и коллеги пациента;

6. Обучение пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки методам, а также приёмам саморегуляции психического состояния, формирования адаптивного копинг-поведения, физической и психологической адаптации к новым условиям;

7. Достижение комплаентности процедурам лечения и предписаниям лечащих врачей, снижение уровня тревожности и депрессивных переживаний пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки с учётом их психического статуса и качества жизни;

8. Проведение психолого-медико-социальной помощи родным и близким пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки, их

консультирование медицинским психологом, психотерапевтом, лечащим врачом и социальным работником по актуальным проблемам пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки;

9. Организация совместной деятельности специалистов различного профиля и обеспечение постоянного информирования о результатах мониторинга пациента, его психологическом статусе, защитно-совладающем поведении и качестве жизни (физического, психического и социального функционирования).

Для решения указанных задач целесообразно применять следующие методы:

– для решения первой задачи предлагается использовать подобранную и опробованную нами батарею психодиагностических тестов, включающих в себя базовые личностные тесты «Смысложизненные ориентации» (СЖО) и «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), которые позволили оценить ценностно-мотивационные особенности личности и уровень личностной и ситуативной тревожности пациентов, а также ситуативные личностные методики, включая тесты «Стратегии совладающего поведения в ситуации болезни» (ССП); «Восприятие социальной поддержки»; «Качество жизни» (SF-36); «Симптоматический опросник» (шкала депрессии) (сокращенная версия SCL-90-R), которые позволили оценить поведенческие реакции в ситуации болезни, показатели качества жизни (физический и психологический компоненты здоровья) пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки, наличие у них признаков депрессии, а также определить социальные ресурсы личности пациентов;

– на основе полученных психодиагностических данных разделить пациентов на группы по их психологическому статусу и качеству жизни, в каждой из групп использовать индивидуализированные мероприятия психологического обеспечения, соответствующие текущему психологическому статусу и качеству жизни;

– в качестве основных использовать методы психологического консультирования, социально-психологические тренинги при работе с пациентами, страдающими хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки.

В основу программы психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки должны использоваться следующие принципы.

Оказание психологической помощи должно проводиться не только при обращении пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации

почки или их родственников к специалистам, но и посредством постоянной психопрофилактической работы в форме мониторинга психологического статуса, целевых (этапных) обследований и своевременной организации коррекционных и реабилитационных мероприятий с целью предупреждения развития состояний психической дезадаптации и нарушений психического функционирования.

Программа основана на мультидисциплинарном подходе и основных принципах – комплексной психодиагностики и мониторинга, взаимодействия, интеграции работы и преемственности различных специалистов, доступности помощи и профессионализма специалистов, коррекционно-развивающей направленности программ.

Комплекс мероприятий по психологическому сопровождению пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки, состоит из 7-ми основных частей (этапов) – диагностический, экстренной медико-психологической помощи, комплексной психолого-медико-социальной реабилитации, мониторинг психологического состояния и его коррекция, взаимодействие и организация деятельности специалистов, психолого-психотерапевтической и социальной помощи пациенту и родственникам, информирования специалистов, пациента и его родных и близких.

Каждый этап предполагает различные организационные и методические подходы, определённые целевые функции и мероприятия (см. табл.).

Основные этапы и содержание программы психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки

Наименование этапа и основных мероприятий	Период	Цель проводимых мероприятий
Диагностический этап: оценка психологического статуса, выявление признаков стрессовых реакций, выявление ведущих копинг-стратегий и копинг-ресурсов личности с помощью беседы, наблюдения, психодиагностических тестов («Смысло-жизненные ориентации» (СЖО) и «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), «Стратегии совладающего поведения в ситуации болезни» (ССП); «Восприятие социальной поддержки»; «Качество жизни» (SF-36); «Симптоматический опросник» (шкала депрессии) (сокращенная версия SCL-90-R)).	На всех этапах трансплантации почки	Оценка психологического статуса, копинг-поведения и качества жизни, включая оценку уровня стресса, депрессии, психической дезадаптации

Наименование этапа и основных мероприятий	Период	Цель проводимых мероприятий
<p>Этап экстренной медико-психологической помощи: индивидуальные формы психологической и медицинской коррекции (беседа, НЛП, фармакотерапия, психотерапию, консультации невролога, психиатра, психотерапевта, психологическая релаксация, биологически обратная связь («БОС-Здоровье», психоэмоциональная разгрузка – БОС)).</p>	<p>В период после трансплантации почки</p>	<p>Экстренная медико-психологическая помощь, коррекция и профилактика депрессии, психической дезадаптации</p>
<p>Этап комплексной психолого-медико-социальной поддержки и реабилитации: – индивидуальные программы реабилитации, включающие коррекционно-оздоровительные (медицинские) мероприятия (общеукрепляющий комплекс упражнений ЛФК, массаж, физиотерапию, электропунктурную диагностику, логотерапия, фармакотерапию, психотерапию, восстановления моторики; консультации невролога, психиатра, психотерапевта, физиотерапевта и др.); – индивидуальные и групповые формы психологической коррекции (беседа, НЛП, АРТ-терапия, песочная терапия, телесно-ориентированной терапии, психологическая релаксация, биологически обратную связь («БОС-Здоровье», психоэмоциональная разгрузка – БОС); – социальная помощь (консультативная и социальная помощь пациенту и родственникам, информирование, консультирование по социальным проблемам).</p>	<p>В период ожидания в очереди на трансплантацию почки и спустя год после трансплантации почки</p>	<p>Комплексная психолого-медико-социальная реабилитация пациентов с ХПН</p>
<p>Мониторинг психологического состояния: динамическая оценка (контроль) психологического статуса пациентов с ХПН, оценка уровня стресса, выявление ведущих копинг стратегий и копинг ресурсов личности с помощью психодиагностических тестов («Смыслжизненные ориентации» (СЖО) и «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), «Стратегии совладающего поведения в ситуации болезни» (ССП); «Восприятие социальной поддержки»; «Качество жизни» (SF-36); «Симптоматический опросник» (шкала депрессии) (сокращённая версия SCL-90-R)).</p>	<p>На всех этапах трансплантации почки</p>	<p>Комплексная динамическая оценка психологического статуса, копинг-поведения и качества жизни пациентов 1с ХПН</p>
<p>Организация взаимодействия специалистов: Создание и организация совместной работы мультидисциплинарных бригад различных специалистов, центра психологического сопровождения пациентов с ХПН на разных этапах трансплантации почки.</p>	<p>На всех этапах трансплантации почки</p>	<p>Организационное обеспечение психологического сопровождения</p>

Наименование этапа и основных мероприятий	Период	Цель проводимых мероприятий
Психолого-медико-социальная помощь родственникам (родным и близким), пациентов с ХПН: беседа, групповые занятия и психолого-педагогические тренинги, консультативная юридическая, социальная помощь родственникам, информирование, консультирование по социальным, психолого-педагогическим проблемам.	Весь период	Повышение эффективности и обеспечение комплексности психологического сопровождения
Информирование специалистов (лечащий врач, психолог, социальный работник, психотерапевт, средний медперсонал), пациента, его родных и друзей, коллег.	Весь период	Обеспечение информацией

Первый этап психологического сопровождения – диагностический – начинается сразу же после постановки диагноза пациенту о наличии у него ХПН. Он состоит из мероприятий экспресс-диагностики психического статуса с целью оценки психологического статуса, выявления признаков острых стрессовых реакций, копинг-стратегий и копинг-ресурсов личности, а также психической дезадаптации и депрессии у пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки.

Этот этап базируется на использовании беседы, наблюдения, базовых и ситуативных психодиагностических тестов.

Базовые личностные тесты включали тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) и «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), которые позволяют оценить ценностно-мотивационные особенности личности и уровень личностной и ситуативной тревожности пациентов.

В состав ситуативных личностных методик вошли тесты «Стратегии совладающего поведения в ситуации болезни» (ССП); «Восприятие социальной поддержки»; «Качество жизни» (SF-36); «Симптоматический опросник» (шкала депрессии) (сокращённая версия SCL-90-R), которые позволили оценить поведенческие реакции в ситуации болезни, показатели качества жизни (физический и психологический компоненты здоровья) пациентов до трансплантации, наличие признаков депрессии, а также определить социальные ресурсы личности. Данная батарея психодиагностических тестов является основой для экстренной медико-психологической помощи и последующих реабилитации и мониторинга психологического состояния пациентов с ХПН.

При этом все пациенты с ХПН на различных этапах трансплантации почки подлежат обязательному осмотру врачом-психиатром, а также ме-

дицинским психологом, который проводит психодиагностическое обследование, при котором оцениваются психический статус, признаки психической дезадаптации, депрессии и острых стрессовых реакций.

При необходимости пациенты с ХПН должны направляться на дополнительные медицинские осмотры к врачам-специалистам лечебно-профилактических учреждений (чаще всего это психотерапевты, неврологи, логопеды, физиотерапевты).

По результатам обследования пациенты с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки, подразделяются на три группы:

первая группа – пациенты с ХПН на различных этапах трансплантации почки (в листе ожидания, через месяц и через год – в ближайший и отдаленных посттрансплантационный период) без существенных нарушений психологического статуса и качества жизни, сохранившие способность социальной адаптации, имеющие благоприятные взаимоотношения в семье. Такие пациенты не требуют особого внимания врачей и психолога. Однако, по нашим данным, таких пациентов с ХПН очень мало (не более 10 %);

вторая группа – пациенты с ХПН на различных этапах трансплантации почки, имеющие неблагоприятные изменения психологического статуса и качества жизни, испытывающие стресс и затруднения в повседневной жизни, но сохраняющие достаточный контроль над своим поведением посредством значительного напряжения сил и ресурсов, нуждающиеся в проведении мероприятий психологического сопровождения. По нашим данным, таких пациентов с ХПН около 20–25 %;

третья группа – пациенты с ХПН на различных этапах трансплантации почки, имеющие выраженные нарушения психологического статуса, качества жизни и социальной адаптации, демонстрирующие признаки стресса и депрессивных состояний, требующие постоянного наблюдения, нуждающиеся в комплексном психологическом сопровождении. По нашим данным, таких пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки большинство (более 70 %). Они требуют комплексного медико-психологического (психотерапевтического, психокоррекционного) воздействия.

На основании результатов психодиагностического обследования с учетом мнения лечащего врача клиническим психологом выносится заключение о степени нарушений психического статуса и качества жизни и необходимости психологического сопровождения пациентов с ХПН.

Это заключение является основанием для организации психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки.

Второй этап реабилитации – этап экстренной медико-психологической помощи пациентам – включает оказание экстренной психологической, психиатрической, психофармакологической помощи.

При этом задачи (алгоритм основных действий) психолога должны включать:

- проведение психодиагностической экспресс-оценки психологического статуса;
- выявление негативных психологических состояний и проведение с пациентами, мероприятий экстренной психологической помощи;
- разработку совместно с психиатром, лечащим врачом, социальными работниками индивидуального плана реабилитационных (психолого-медико-социальных) мероприятий;
- проведение с родственниками пациентов индивидуальных бесед и консультирования.

Третий этап – этап комплексного психологического сопровождения. Он должен предусматривать проведение индивидуальных программ психологического сопровождения, включающих:

- коррекционно-оздоровительные (медицинские) мероприятия (общеукрепляющий комплекс упражнений ЛФК, массаж, электропунктурную диагностику, фармакотерапию, психотерапию, восстановления моторики; консультации невролога, психиатра, психотерапевта, физиотерапевта и др.);
- индивидуальные и групповые формы психологической коррекции (беседа, НЛП, АРТ-терапия, песочная терапия, телесно-ориентированной терапии, психологическая релаксация, методики биологической обратной связи («БОС-Здоровье», психоэмоциональная разгрузка – БОС));
- социальную помощь (оказание консультативной социальной помощи родственникам и пациенту, информирование лечащего врача и всех участников лечебно-диагностического процесса, консультирование пациента по социальным проблемам).

Наш опыт работы показал, что психологическое сопровождение длится месяцы, годы и характеризуется совместной работой многих специалистов с пациентами с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки. Оно должно включать комплекс медико-социальных и психологических мероприятий, направленных на

восстановление физического и психического здоровья, формирование оптимальных типов копинг-поведения, социального функционирования.

Этот этап требует дифференцированного применения индивидуальных или групповых восстановительных мероприятий. Помимо лечащего врача, понадобится привлечение различных специалистов: психолога, психотерапевта, невролога, реабилитолога, физиотерапевта и др., а также социальных работников.

Мы полагаем, что комплексное психологическое сопровождение (основной этап) должно проводиться в стационаре на базе лечебно-профилактических или реабилитационных учреждений.

В целом психологическое сопровождение пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки, оказание им психологической помощи должны проводиться постоянно.

В рамках комплексной программы психологического сопровождения пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки нам представляется важным отметить следующее.

Мы полагаем, что мониторинг психологического состояния должен быть ориентирован на динамическую оценку (контроль) психологического статуса пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки, оценку признаков депрессии, выявление ведущих копинг-стратегий и копинг-ресурсов личности с целью оказания своевременной целенаправленной психологической помощи.

При проведении мониторинга психологического статуса и качества жизни пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки рекомендуется применение комплекса информативных стандартизированных психодиагностических тестов, включая базовые личностные тесты «Смысловожизненные ориентации» (СЖО) и «Интегративный тест тревожности» (ИТТ), которые позволяют оценить ценностно-мотивационные особенности личности и уровень личностной и ситуативной тревожности пациентов, а также ситуативные личностные методики, включая тесты «Стратегии совладающего поведения в ситуации болезни» (ССП); «Восприятие социальной поддержки»; «Качество жизни» (SF-36); «Симптоматический опросник» (шкала депрессии) (сокращенная версия SCL-90-R), которые позволяют оценить поведенческие реакции в ситуации болезни, показатели качества жизни (физический и психологический компоненты здоровья), наличие у них признаков депрессии, а также определить социальные ресурсы личности пациентов.

Результаты эмпирических исследований подтверждают достаточную информативность предлагаемых методик. Кроме того, имеющиеся в научной литературе данные позволяют рекомендовать их в качестве психологического инструментария для решения задач мониторинга психологического статуса и качества жизни пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки.

Указанный мониторинг психологического состояния должен предусматривать разработку и использование специальных баз данных с результатами психодиагностических обследований по конкретным методикам, а также проведение сравнительного (индивидуального и группового) анализа данных.

Все пациенты с ХПН на различных этапах трансплантации почки должны регулярно проходить целевые психодиагностические обследования как основу мониторинга психологического состояния, копинг-поведения и качества жизни.

Важный этап – взаимодействие и организация деятельности специалистов, что предусматривает создание и организацию совместной работы мультидисциплинарных бригад различных специалистов (лечащего врача, психолога, психиатра, социального работника и др.)

Следующий этап комплексной реабилитации – психологическая и социальная помощь родственникам. Это обусловлено тем, что медико-психологические реабилитационные мероприятия должны сопровождаться социально-психологической и психопрофилактической работой: реализацией социальных гарантий, оказанием психологической и социальной помощи членам семьи пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки.

Психолого-социальная помощь родственникам (родным и близким), пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки должна включать беседы, групповые занятия и психолого-педагогические тренинги, консультативную юридическую, социальную помощь, а также информирование, консультирование (родных и близких) по социальным, психологическим проблемам. Этот этап ориентирован на повышение эффективности и обеспечение комплексности психологического сопровождения.

Важный этап реабилитации – информирование всех его участников о результатах мониторинга психологического статуса, защитно-совладающем поведении и показателях качества жизни пациента.

Заключение

У основной части пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки отмечается не только ухудшение состояния физического здоровья, но и психического состояния, качества жизни, рост ситуативной и личностной тревожности, депрессивные состояния. Данное психологическое состояние негативно отражается на течении болезни и психологическом статусе пациентов.

Это определяет необходимость разработки и внедрения программы психологического сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах (в листе ожидания, в ранний посттрансплантационный период – через месяц после трансплантации почки; отдаленный период – через год после трансплантации почки).

Такая программа была нами разработана, в качестве структурных ее элементов были выделены: цели, задачи, этапы и мероприятия, формы и методы комплексной психолого-медико-социальной помощи. Указанная программа регламентирует общую организацию, объем и основные мероприятия психолого-медико-социальной помощи, а также этапы, формы и методы работы специалистов. Целью программы психологического сопровождения пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки явилось обеспечение их комплаентности (приверженности лечению) процедурам лечения и предписаниям лечащих врачей, снижение уровня тревожности и депрессивных переживаний (совершенствование исходов трансплантации и соблюдения режима с помощью психологической поддержки и социальной работы может позволить улучшить исходы операции). Активное восстановление психологического статуса и качества жизни пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки, а также предупреждение психических расстройств и дезадаптивных форм поведения.

Программа состоит из 7-ми основных этапов – диагностического, экстренной медико-психологической помощи, комплексной психолого-медико-социальной реабилитации, мониторинга психологического состояния и его коррекции, взаимодействия и организации деятельности специалистов, психолого-психотерапевтической и социальной помощи пациенту и родственникам, информирования специалистов, пациента и его родных и близких.

Программа предусматривает, во-первых, разделение пациентов на три группы по их психологическому статусу и качеству жизни с помощью комплекса информативных методик с последующим использованием в ка-

ждой из групп индивидуализированных мероприятий психологического сопровождения, соответствующих текущему психологическому статусу и качеству жизни пациентов с ХПН. Во-вторых, оказание помощи родным и близким пациентов, их консультирование медицинским психологом, психотерапевтом, лечащим врачом и социальным работником по актуальным проблемам пациентов с ХПН на различных этапах трансплантации почки.

Литература

1. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н. Социально-гигиеническая характеристика и психологические особенности пациентов, находящихся на гемодиализе // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2016. – № 8. – 2. – С. 164–166.
2. Микита О.Ю., Лысенко Ю.С. Качество жизни и смысложизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки // Вестн. психотерапии. – 2018. – № 67 (72). – С. 131–140.
3. Петрова Н.Н., Корсева Е.Е., Шишкин А.Н. Психические расстройства и комплаенс пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию методом хронического гемодиализа // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – № 4. – С. 22–26.
4. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Микита О.Ю. Психологические аспекты трансплантации // Трансплантология / под ред. чл.-кор РАН М.Ш. Хубутя. – 2016. – С. 144–154.

Поступила 01.12.2018

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

Для цитирования. Микита О.Ю. Психологическое сопровождение пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки: цели, задачи, методики, программа // Вестн. психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 99–113.

**PSYCHOLOGICAL ESCORT OF PATIENTS WITH A CHRONIC RENAL FAILURE
AT VARIOUS STAGES OF TRANSPLANTATION OF A KIDNEY:
PURPOSES, TASKS, TECHNIQUES, PROGRAM**

Mikita O.Yu.

Sklifosovsky research institute of emergency medicine
(Bolshaya Sukharevskaya sq., 3, Moscow, Russia)

✉ Olesya Yurievna Mikita – researcher of the Department of kidney and pancreas transplantation, scientific adviser of Sklifosovsky research institute of emergency medicine (Bolshaya Sukharevskaya sq., 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: sklif.uko@gmail.com

Abstract. In article the description of the program of psychological escort of patients with a chronic renal failure is given in various stages of transplantation of a kidney. Its purposes, tasks, techniques are described. The structurally functional model and the main stages of psychological escort of the patients with a chronic renal failure who are in the waiting list in a month and in a year after transplantation of a kidney is proved and in details described.

Keywords: psychological maintenance, chronic renal failure, transplantation of a kidney, psychological diagnostics, psychological correction.

References

1. Gerasimova O.Yu., Semchenko L.N. Social'no-gigienicheskaya karakteristika i psihologicheskie osobennosti pacientov, nahodyashchih'sya na gemodialize [Social and hygienic characteristic and psychological features of the patients who are on a hemodialysis]. *Aktual'nye problemy gumanitarnyh i estestvennyh nauk* [Current problems of humanitarian and natural sciences]. 2016. № 8. 2. Pp. 164–166. (In Russ.)
2. Mikita O.Yu., Lysenko Yu.S. Kachestvo zhizni i smyslozhiznennyye orientatsii pacientov s hronicheskoy pochechnoy nedostatochnost'yu do transplantatsii pochki [Quality of life and smyslozhiznennyy orientations of patients with a chronic renal failure before transplantation of a kidney]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2018. № 67 (72). Pp. 131–140. (In Russ.)
3. Petrova N.N., Korseva E.E., Shishkin A.N. Psihicheskie rasstrojstva i komplains pacientov s hronicheskoy pochechnoy nedostatochnost'yu, poluchayushchih zamestitel'nyu terapiyu metodom hronicheskogo gemodializa [Mental disorders and complains the patients with a chronic renal failure receiving replacement therapy by method of a chronic hemodialysis]. *Psihicheskie rasstrojstva v obshchej medicine* [Mental disorders in the general medicine]. 2015. № 4. Pp. 22–26. (In Russ.)
4. Sirota N.A., Yaltonskij V.M., Mikita O.Yu. Psihologicheskie aspekty transplantatsii [Psychological aspects of transplantation]. *Transplantologiya* [Transplantology]. Ed. M.Sh. Hubutiya. 2016. Pp. 144–154. (In Russ.)

Received 01.12.2018

For citing. Mikita O.Yu. Psihologicheskoe soprovozhdenie pacientov s hronicheskoy pochechnoy nedostatochnost'yu na razlichnyh etapah transplantatsii pochki: celi, zadachi, metodiki, programma. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 68. Pp. 99–113. (In Russ.)

Mikita O.Yu. Psychological escort of patients with a chronic renal failure at various stages of transplantation of a kidney: purposes, tasks, techniques, program. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 68. Pp. 99–113.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ОТДЕЛЕНИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России

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

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

³ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт
им. проф. А.Л. Поленова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 12)

Исследован синдром профессионального выгорания при воздействии хронического профессионального стресса у врачей отделений скорой медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга. Была использована обобщенная оценка синдрома профессионального выгорания. Исследование включало три этапа: диагностический, оценку наличия синдрома профессионального выгорания и профилактический. Исследование показало, что у врачей отделений скорой медицинской помощи наиболее частыми сформированными симптомами являются: «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», «редукция профессиональных обязанностей» и «переживание психотравмирующих обстоятельств». Мероприятия системы профилактики синдрома профессионального выгорания на индивидуальном, межличностном и организационном уровне по-

✉ Лымаренко Валерий Михайлович – к-т мед. наук, доцент каф. хирургии и инновационных технологий ин-та ДПО «Экстремальная медицина» Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lymarenkovm@mail.ru;

Леонтьев Олег Валентинович – д-р мед. наук профессор, зав. каф. терапии и интегративной медицины ин-та ДПО «Экстремальная медицина» Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lov63@inbox.ru;

Баграмова Серафима Алексеевна – мед. сестра отд.-я анестезиологии и реанимации № 1 Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

Войцицкий Анатолий Николаевич – д-р мед. наук доцент, препод. каф. патол. физиол. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Черная Юлия Валерьевна – лаб. отд.-я клин. нейрофизиол. Рос. науч.-исслед. нейрохир. ин-та им. проф. А.Л. Поленова (Россия, 191014, Санкт-Петербург, ул. Маяковского, д. 12), e-mail: juliy_black@mail.ru.

вышали профессиональную мотивацию, уменьшали рабочее напряжение, оптимизировали психофизиологическое состояние, выравняли баланс между физическими и психоэмоциональными затратами, повышали удовлетворенность от выполненной работы.

Ключевые слова: хронический профессиональный стресс, синдром профессионального выгорания, диспансерное обследование, психовегетативные расстройства, врач скорой помощи.

Введение

Врачи отделений скорой медицинской помощи работают в условиях, близких к экстремальным, что приводит к развитию хронического профессионального стресса. Это обусловлено экстренностью оказываемой помощи, частым критическим состоянием пациентов, высокой профессиональной ответственностью, относительно низким уровнем заработной платы, длительным периодом существенного снижения качества жизни работников данной профессии, а также обострением противоречий между профессиональным, нравственным долгом и возможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению в современных условиях работы [5, 7, 10].

В современном обществе отмечается увеличение ожиданий и запросов у пациентов при недостаточных ресурсных возможностях системы здравоохранения. Эти факторы способствуют увеличению напряженности труда работников ряда медицинских специальностей. В дальнейшем такое состояние может приводить к психовегетативным расстройствам.

Профессия врача скорой медицинской помощи связана с высоким уровнем ответственности и малой степенью свободы в принятии самостоятельного решения. Врачи отделений скорой медицинской помощи оказывают экстренную помощь специфическому контингенту пострадавших, не всегда видят результат своей деятельности и работают в режиме «тревожного ожидания» или хронического стресса. Статистика свидетельствует, что в отделения скорой медицинской помощи в России ежегодно обращается около 50 млн человек. В Невском районе города Санкт-Петербурга фиксируется более 80 тыс. обращений. На большинство из них (в 97,1 % случаев) выезжает бригада скорой медицинской помощи.

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности способствует формированию у врачей отделения скорой медицинской помощи психоэмоционального напряжения как компонента «синдрома профессионального выгорания» (СПВ). Проведенные исследования показывают, что он может развиваться у 30–50 % врачей [1, 4, 6, 12, 13, 15]. Зна-

ние закономерностей развития указанных нарушений позволит эффективно проводить мероприятия профилактики и реабилитации специалистов [3, 8, 11].

ВОЗ определяет «синдром выгорания» как физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям. Он может проявляться потребностью в употреблении алкоголя или других психоактивных веществ, а так же суицидальным поведением. В МКБ-10 «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z 73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z 73.0 – «выгорание» (burnout).

Изучение детерминантов СПВ позволяет формировать его концептуальные модели. Наиболее распространенной является трехфакторная модель СПВ, разработанная С. Maslach и адаптированная Н.Е. Водопьяновой [6]. Эта модель включает эмоциональное истощение, деперсонализацию и редуцирование личностных достижений. Установлено, что формированию СПВ способствуют индивидуальные особенности, характер межличностных отношений и факторы организации профессиональной деятельности.

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности может выступать как пусковой механизм целого ряда патологических состояний. В первую очередь это касается заболеваний сердечно-сосудистой системы, в основе которых лежат метаболические нарушения [16, 17]. Земцовским Э.В. (1993) был предложен термин «стрессорная кардиомиопатия», определенный как «невоспалительное, некоронарогенное заболевание миокарда, обусловленное воздействием стресса и проявляющееся нарушением электрогенеза миокарда, аритмиями, развитием систолической и диастолической дисфункции» [14]. Именно такая формулировка позволяет учитывать всю совокупность внешних и внутренних воздействий на миокард, возможность одновременного влияния физического и психоэмоционального стресса, включает особенности клинического развития данной патологии и соответствует существующей классификации ВОЗ.

Цель исследования

Выявить выраженность синдрома профессионального выгорания при воздействии хронического профессионального стресса у врачей скорой помощи, определить возможности диагностики в рамках ежегодных диспансерных обследований для выработки рекомендаций по его коррекции.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе отделений скорой медицинской помощи Невского района г. Санкт-Петербурга. Объектом изучения данного исследования СПВ явились 116 врачей. Средний возраст испытуемых составил $41,5 \pm 3,1$ года, стаж работы – 12–15 лет. 22 % обследованных врачей имели высшую квалификационную категорию, 41 % – первую, 37 % – вторую. Мужчин в выборке было 71 %, женщин – 29 %.

Исследуемые критерии и количество обследованных лиц представлены в табл. 1.

Таблица 1
Методы исследования

Показатели	Диагностические методы
Профессиональное выгорание	Тест эмоционального и профессионального выгорания (МВИ в адаптации Н.Е. Водопьяновой)
	Опросник В.В. Бойко
Напряженность труда	Авторская анкета
Экспертные оценки адаптации	Авторская анкета
Тонус вегетативной нервной системы	Исследование вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы по схеме А. Вейна: пульс, артериальное давление (АД), данные ЭКГ, анкета для выявления признаков вегетативных изменений, схема исследований для выявления признаков вегетативных изменений

Уровень выраженности СПВ определяли при помощи опросников:

1. Опросник на определение уровня психического выгорания МВИ (Maslach Burnout Inventor) в адаптации для медицинских работников Н.Е. Водопьяновой [6]. Результаты оценивались по трем шкалам: эмоциональное истощение, деперсонализация и редуция личных достижений.

2. Опросник «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко [2]. Синдром считается сформированным при общей оценке теста в 181 балл и более, фаза – в 61 балл и более, симптом – в 20 баллов и более.

Применялся метод экспертных оценок. Экспертами выступили руководители подразделений лечебно-профилактических учреждений. Согласно их оценкам, врачи отделений скорой медицинской помощи показали достаточно высокий уровень адаптации: состояние здоровья – $7,4 \pm 0,2$ балла, соблюдение социальных норм и правил (дисциплинированность) –

6,3 ± 0,5 балла, профессиональная эффективность – 7,7 ± 0,1 балла (по 10-балльной шкале).

Изучение психовегетативного статуса проводилось по методике А. Вейна (1997), включающей исследование вегетативного тонуса сердечно-сосудистой системы человека по измеряемым параметрам: пульс, артериальное давление, данные электрокардиограммы [4].

Для решения проблемы излишнего субъективизма была использована обобщенная оценка СПВ (ООц СПВ). Считается, что совместное применение тестов, ориентированных на различные концептуальные аспекты диагностики компонентного состава СПВ, способствует повышению надежности и валидности полученных данных [9, 12, 18]. Проведенный корреляционный анализ структурных компонентов тестов выявил значимые положительные корреляционные связи высокой и средней величины, а с данными редукиции личных достижений теста МВИ – отрицательные, что является обоснованным, так как конструктивно высокие показатели этой шкалы свидетельствовали о низких проявлениях изучаемого свойства. В связи с этим состав ООц СПВ образован алгебраической суммой всех шкал тестов (данные шкалы редукиции личных достижений МВИ вычитались).

Выбор врачей скорой медицинской помощи был неслучайным. На этапе отбора напряженность труда врачей разных специальностей исследовали при помощи специально разработанной анкеты. Респондентам предлагали оценить от 1 до 10 баллов (1 балл – наибольшая, 10 – наименьшая оценка выраженности) у 6 специальностей тяжесть труда (физическая характеристика), напряженность труда (психическое и эмоциональное напряжение) и наличие профессиональных вредностей. Вычислены средние баллы по каждой характеристике труда, которые затем ранжировались.

Схема исследований включала три этапа: диагностический, оценка наличия СПВ и профилактический этап.



Рис. 1. Схема диагностики СПВ

Результаты и их обсуждение

Уровень выраженности и частотный анализ теста эмоционального и профессионального выгорания у врачей мегаполиса представлены в табл. 2. Результаты исследования показывают средний уровень формирования СПВ и позволяют полагать, что наиболее значимые проявления СПВ у обследованных врачей принимают формы деперсонализации и редукции профессиональных достижений.

Этот результат согласуется с мнением Н.Е. Водопьяновой [6], что профессиональная деятельность формирует у врачей уменьшение субъективной значимости и удовлетворенности от своей работы, а это вызывает стремление сократить круг своих профессиональных обязанностей, обесценивает межличностные отношения, снижает эмпатию, способствует появлению разочарования и профессиональной неэффективности.

Таблица 2

Данные теста эмоционального и профессионального выгорания в группе врачей скорой медицинской помощи

Показатель	X ± m, балл	Уровень выраженности СПВ, %		
		низкий	средний	высокий
Эмоциональное истощение	13,9 ± 0,6	59	49	8
Деперсонализация	8,7 ± 0,5	37	59	20
Редукция личных достижений	34,2 ± 0,6	25	51	39

В целом, группа врачей отделений скорой медицинской помощи продемонстрировала невысокую степень выраженности СПВ по опроснику В.В. Бойко – 101,8 ± 5,9 балла. В том числе: в фазе напряжения выраженность составила 31,7 ± 2,4 балла, в фазе резистенции – 47,2 ± 2,1, в фазе истощения – 20,9 ± 1,4 балла. Сходные данные были получены при обследовании врачей анестезиологов-реаниматологов [10]. Сформированность СПВ по опроснику В.В. Бойко отмечалась у 4 % врачей отделения скорой медицинской помощи, фаза напряжения – у 14 %, фаза резистенции – у 32 %. Структура сформированности отдельных симптомов СПВ представлена в баллах на рис. 2.

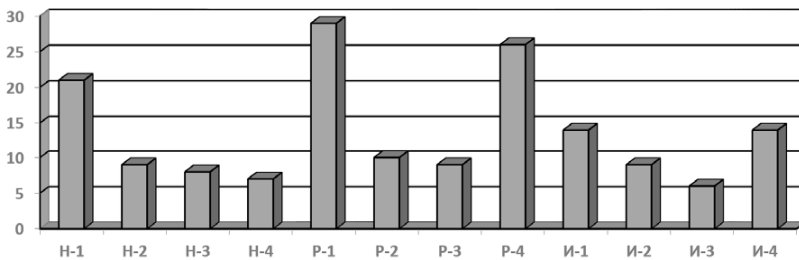


Рис. 2. Структура сформированности симптомов СПВ (по методике В.В. Бойко)

Примечание:

а) напряжение Н-1 – переживание психотравмирующих обстоятельств; Н-2 – неудовлетворенность собой; Н-3 – «загнанность в клетку»; Н-4 – тревога и депрессия;

б) резистентность Р-1 – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; Р-2 – эмоционально-нравственная дезориентация; Р-3 – расширение сферы экономики эмоций; Р-4 – редукция профессиональных обязанностей;

в) истощение И-1 – эмоциональный дефицит; И-2 – эмоциональная отстраненность; И-3 – личностная отстраненность или деперсонализация; И-4 – психосоматические и психовегетативные нарушения

Установлено, что у врачей отделений скорой медицинской помощи наиболее частыми сформированными симптомами являются Р-1 «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», Р-4 «редукция профессиональных обязанностей» и Н-1 «переживание психотравмирующих обстоятельств». В результате у врачей отделений скорой медицинской помощи усиливается осознание психотравмирующих факторов профессиональной деятельности. Врачи перестают различать два принципиально отличающихся явления: экономичное проявление эмоций и неадекватное избирательное эмоциональное реагирование – и поэтому стараются облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат.

Результаты качественной оценки шкал теста МВИ и симптомов опросника В.В. Бойко представлены на рис. 3. Выявлено, что у 62 % врачей данные теста эмоционального и профессионального выгорания характеризовались низкими и средними величинами. Высоких значений по трем шкалам теста эмоционального и профессионального выгорания у обследованных лиц не обнаружено. Непараметрический корреляционный анализ качественных проявлений шкал и выраженности общей оценки по тесту эмоционального и профессионального выгорания не выявил достоверных связей.

У 48 % обследованных врачей отделений скорой медицинской помощи сформированных симптомов по опроснику В.В. Бойко не выявлено.

Сформированные три симптома по тесту В.В. Бойко определились у 11 % врачей отделений скорой медицинской помощи, четыре симптома и более – у 7 %. При анализе взаимосвязей количества сформированных симптомов и общей оценки опросника В.В. Бойко определены положительные корреляционные связи высокой величины ($r = 0,72$; $p < 0,001$). При отсутствии сформированных симптомов средняя оценка опросника В.В. Бойко составляла $54,3 \pm 2,4$ балла, при сформированном одном симптоме – $96,2 \pm 1,9$, при двух – $127,1 \pm 2,2$, при трех – $153,6 \pm 1,4$, при четырех – $184,1 \pm 2,3$. Можно полагать, что сформированность трех симптомов может свидетельствовать о формировании СПВ, а четырех симптомов и более – о сформированности СПВ.

Данные корреляционного анализа шкал тестов позволили сконструировать ООц СПВ, которая рассчитывалась путем суммирования результатов теста МВИ (показатели редукции личных достижений вычитались, так как ее высокие оценки свидетельствовали о низких проявлениях искомого свойства) и опросника В.В. Бойко. Средняя ООц СПВ у врачей отделений скорой медицинской помощи составила $93,4 \pm 4,8$ балла.



Рис. 3. Высокие и сформированные структурные компоненты тестов

Результаты ООц СПВ обнаружили значимые отрицательные корреляционные связи с экспертными оценками профессиональной эффективности и состояния здоровья (табл. 3). Можно полагать, что измерение и учет ООц СПВ у врачей отделений скорой медицинской помощи будет способствовать проведению мероприятий по профилактике СПВ.

Проведенные исследования выявили вероятностную взаимообусловленность оценок удовлетворенности от реализации ведущих потребностей и уровня выраженности СПВ у врачей отделений скорой медицинской помощи. Оказалось также, что обобщенная оценка СПВ имела статистически значимые отрицательные связи с экспертными оценками профессиональ-

ной эффективности и состояния здоровья, что указывает на конструктивную, диагностическую и прогностическую валидность наших исследований.

Таблица 3
Корреляционные связи ООц СПВ и данных адаптации

Показатель		Коэффициент корреляции
1	Экспертные оценки адаптации: - состояние здоровья; - профессиональная эффективность	- 0,21 - 0,28
2	Уровень жизни: - приобретение товаров длительного пользования	0,22
3	Профессиональные отношения: - организация труда; - отношение членов семьи к профессии врача	- 0,19 - 0,17
4	Состояние здоровья и работоспособность: - работоспособность; - физическая подготовленность; - физическая активность в течение рабочего дня	- 0,15 - 0,26 - 0,28
5	Духовность и здоровьесберегающее поведение: - реализация здорового образа жизни; - удовлетворенность от курения и употребления алкоголя; - соблюдение в стране законности	- 0,20 0,18 - 0,19
6	Данные тестов оценки ПВ: - компонентный состав тестов (шкалы, фазы, синдромы); - редукция личных достижений теста МВИ	0,51 – 0,82 - 0,17

Для исследования психовегетативного дисбаланса были выделены 2 группы врачей отделений скорой медицинской помощи, не имевших ранее выявленных заболеваний сердечно-сосудистой системы и не предъявляющих активных жалоб. Первая группа в количестве 48 человек с признаками СПВ (I группа) и вторая группа в количестве 39 человек без обнаруженных признаков СПВ (II группа) (табл. 4).

Таблица 4
Исследование показателей психовегетативного дисбаланса, %

Группы	Психовегетативный дисбаланс по данным:				
	анкеты	схемы исследований	пульса	АД	ЭКГ
I группа	76	52	46	31	44
II группа	18	8	2	8	6

При изучение психовегетативного дисбаланса в I группе (по схеме А. Вейна) нами выявлено появление жалоб астенического характера. Доминировала тахикардия, чаще лабильная тахикардия. Уровень систолического АД был повышен. На ЭКГ: зубец Р во II-III отведениях был повышен, интервал S-T смещён ниже изолинии, а зубец Т низкий, чаще уплощённый. Эти результаты говорят о преобладании у пациентов I группы симпатических влияний.

В результате анализа данных диспансеризаций за предыдущие 3 года выявлено нарастание количество жалоб астенического характера у лиц, отнесённых к I группе.

Проведённые исследования позволили предложить практические рекомендации в виде внедрения в медицинских организациях разработанной схемы системы профилактики СПВ. Схема включает диагностический и профилактический этапы, на которых проводятся мероприятия первичной, вторичной и третичной профилактики на индивидуальном, межличностном и организационном уровне, что позволит сократить выраженность СПВ у врачей отделений скорой медицинской помощи.

На рис. 4 представлены основные мероприятия этапов профилактики СПВ у врачей отделений скорой медицинской помощи [12]. Диагностический этап предусматривал выявление факторов риска развития СПВ и оценку признаков формирования СПВ.

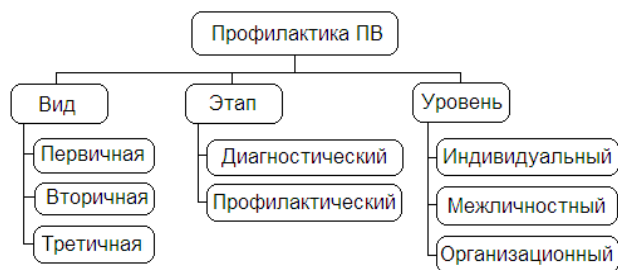


Рис. 4. Основные мероприятия этапов профилактики СПВ

Врачи отделений скорой медицинской помощи, у которых по тестам были выявлены сформированные признаки СПВ и признаки формирования СПВ, были взяты под наблюдение и им проведены психопрофилактические и реабилитационные мероприятия в соответствии с разработанной схемой (рис. 5).

ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

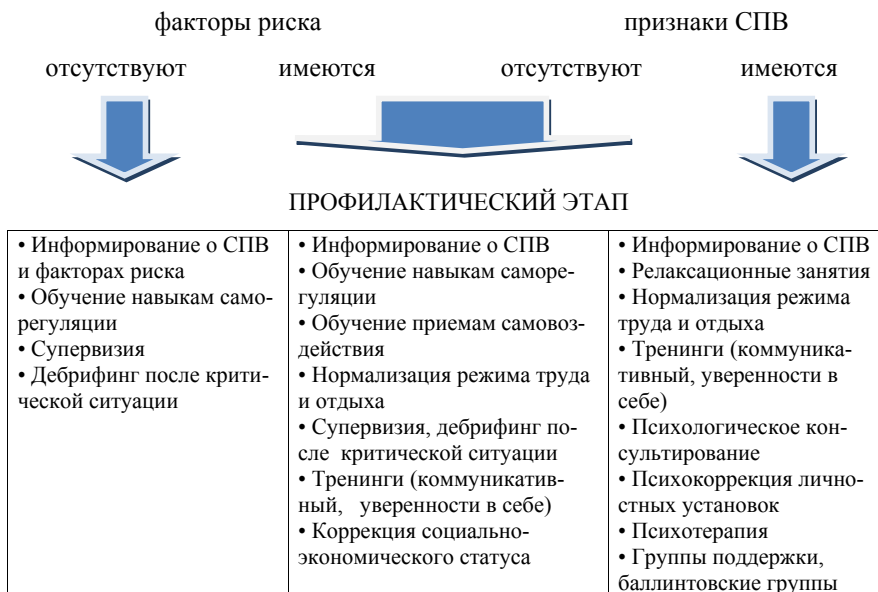


Рис. 5. Модель системы профилактики СПВ у врачей скорой помощи

Мероприятия были направлены на индивидуальный, межличностный и организационный уровни системы профилактики СПВ и формировали у врачей культуру эмоций и производственных отношений, повышали профессиональную мотивацию, уменьшали рабочее напряжение, оптимизировали психофизиологическое состояние, выравняли баланс между физическими и психоэмоциональными затратами и получаемым вознаграждением, повышали удовлетворенность от выполненной работы.

О неблагоприятных условиях работы, негативных профессиональных отношениях в лечебных подразделениях, возникновении значительного утомления у конкретного врача информировали руководителя для проведения организационных мероприятий.

Важное место в системе профилактики нами отводилось информированию о проявлениях СПВ и возможности его преодоления. Для формирования у врачей привычки самоконтроля за психофизиологическим состоянием по внешним проявлениям эмоций и произвольном подавлении отрицательных эмоций использовалась методика «Самоконтроль – саморегуля-

ция» (СКР) [9]. Сущность методики заключается в том, что врач в повседневной жизни должен выработать у себя привычку задавать себе вопросы: «Как моя мимика?», «Как мои мышцы?», «Как я дышу?», «Нет ли учащенного дыхания с сокращенной фазой выдоха?», «Не скован ли?».

Повторять эти вопросы следует в любых сложных жизненных ситуациях. При выявлении нежелательных признаков (искаженной мимики, скованности в мышцах из-за их непроизвольного напряжения, учащенного дыхания) их необходимо произвольно устранить (например, улыбнуться, восстановить мимику спокойствия и уверенности, преодолеть скованность расслабив мышцы тела, сделать 2-3 глубоких вдоха и выдоха и стараться дышать так, чтобы выдох и пауза занимали примерно $\frac{3}{4}$ всего дыхательного цикла).

Анкетирование врачей отделений скорой медицинской помощи, изучивших и применявших методику, определило её высокую эффективность. Знание возможных проявлений СПВ и адекватная оценка собственного эмоционального состояния помогала врачам в сложных и экстремальных ситуациях. Экономичное проявление эмоций позволяло более ответственно относиться к своей профессиональной деятельности, к пациентам и коллегам. Нормализация психического состояния повышала уверенность в собственных силах, способствовала оптимизации выполнения работ и профилактике формирования СПВ.

Заключение

У 7 % обследованных врачей скорой медицинской помощи мегаполиса выявлен синдром профессионального выгорания, обусловленный хроническим профессиональным стрессом. У 11 % обследованных определены начальные признаки формирования СПВ. Невысокий уровень сформированности СПВ на фоне напряженной профессиональной деятельности свидетельствует о достаточно выраженных адаптивных возможностях врачей, что подтверждается экспертными оценками профессиональной эффективности, дисциплинированности и состояния здоровья. Высокая валидность и надежность оценки СПВ достигается использованием обобщенной оценки, которая формируется суммированием показателей теста МВИ и опросника В.В. Бойко. Установлено, что низкий уровень сформированности СПВ характеризуется обобщенными оценками в 59 баллов и меньше, средний уровень –60–136 баллов, высокий уровень –137 баллов и более.

Изучение психовегетативного дисбаланса подтвердило положение, свидетельствующее о том, что хронический стресс ведет к стимуляции ад-рэнергической активности, приводящей к изменениям в кардиомиоцитах и формированию нарушений ритма сердца.

Возможности проводимой ежегодно диспансеризации врачей отделений скорой медицинской помощи позволяют на ранних этапах выявить группы риска развития СПВ.

Результаты исследования позволили сформировать схему системы профилактики СПВ. Мероприятия первичной профилактики направлены на оптимизацию психофизиологического здоровья и предупреждение развития СПВ; вторичной – на раннюю диагностику начальных форм конфронтации личности с требованиями профессии, стрессовых реакций организма и предотвращение нетрудоспособности; третичной – на предупреждение нервно-психических расстройств, хронических заболеваний и реабилитацию.

Литература

1. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. – СПб. : ВМА, 2009. – 86 с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – СПб. : Питер, 2009. – 105 с.
3. Бухарин В.А., Черный В.С. Способ восстановления и повышения работоспособности путем совместного применения гипербарической оксигенации и транскраниального воздействия импульсным электрическим током // Уч. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 5 (75). – С. 31–35.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – М. : Мед. инф. агентство, 1998. – 749 с.
5. Винокур В.А., Розанова М.Н. Профессиональный стресс губит врача // Медицина Санкт-Петербурга. – СПб. : Из-во СПбГУ, 2007. – № 11. – С. 28.
6. Водопьянова Н.Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2010. – С. 443–463.
7. Гарганеева Н.П. Концепция факторов риска в оценке прогноза сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2. – С. 63–66.
8. Дильман В.М. Возрастная специфика психосоматической патологии // Физиология человека. – 2009. – Т. 10, № 2. – С. 193–201.
9. Евдокимов В.И., Марищук В.Л., Губин А.И. Эмоциональные состояния в экстремальных условиях деятельности и их коррекция // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26 (31). – С. 56–66.

10. Кузнецова О.А., Щелкова О.Ю., Мазурок В.А., Решетов М.В. Диагностика профессионального «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25 (30). – С.75–83.

11. Лозинская Е.И. Исследование синдрома перегорания в психиатрической клинике // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Т. 2. – С. 249–257.

12. Лымаренко В.М. Профессиональное выгорание у медицинских работников поликлинических учреждений как предпосылка психосоматической патологии // мат. межвузовской науч.-прак. конф. с межд. участием «Психологические проблемы современного общества». – СПб. : МИЭП, 2011. – С. 89–97.

13. Малыгин В.Л., Искандирова А.Б., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей. – М. : Моск. гос. мед.-стомат. ун-т, 2008. – С. 23–29.

14. Сапова Н.И. Экстремальность, стресс и адаптация // мат. конф. «Социально-психологические проблемы государственного управления в России». – СПб. : Высшая школа экономики, 2015. – С. 50–55.

15. Саркисова В.А. Профессиональная заболеваемость медицинских работников в России: проблемы и решения // Главная мед. сестра. – 2011. – № 8. – С. 62–64.

16. Юматов Е.А. Сердечно-сосудистые реакции при эмоциональных перенапряжениях // Физиология человека. – 2010. – № 5. – С. 893–905.

17. Balon R. Reflections on relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2003 // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 73, N 1. – P. 5–9.

18. Kohle K., Koerfer A., Thomas W. [et al.] Integrative psychosomatics: contributions to a reform of medical training // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. – 2010. – Vol. 53, N 2. – P. 65–70.

Поступила 03.12.2018

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

Для цитирования. Лымаренко В.М., Леонтьев О.В. Баграмова С.А., Войццкий А.Н., Черная Ю.В. Особенности синдрома профессионального выгорания у врачей отделений скорой медицинской помощи // Вестн. психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 114–131.

FEATURES SYNDROME PROFESSIONAL BURNOUT IN DOCTORS OF AMBULANCE SERVICE

**Lymarenko V.M.¹, Leontiev O.V.¹, Bagramova S.A.¹,
Voytitsky A.N.², Chernaya Yu.V.³**

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

² Kirov Military Medical Academy
(Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia);

³ A.L. Polenov Russian research neurosurgical institute
(Mayakovsky Str., 12, St. Petersburg, Russia).

✉ Valerii Mihailovich Lymarenko – PhD Med. Sci., head of Department of surgery and innovative technologies of the Institute DPO «Extreme Medicine» Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: lymarenkovm@mail.ru;

Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., head of Department of therapy and integrative medicine of the Institute DPO «Extreme Medicine» Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Serafima Alekseevna Bagramova – the nurse of office of anesthesiology and reanimation N 1 of All-Russian center of the emergency and radiation medicine of A.M. Nikiforov of EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: ser.bagramova@yandex.ru;

Anatoly Nikolaevich Voytsitsky – the Dr. medical. Teacher, department of pathological physiology Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia);

Yulia Valeryevna Chernaya – laboratory assistant of office of clinic. neurophysiol. A.L. Polenov Russ. research neurosurg. institute (Mayakovsky St., 12, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: juliya_black@mail.ru.

Abstract. The syndrome of professional burning out at influence of a chronic professional stress at doctors of offices of emergency medical service of Nevsky district of St. Petersburg is investigated. The generalized assessment of a syndrome of professional burning out was used. The research included three stages: diagnostic, assessment of existence of a syndrome of professional burning out and preventive. The research showed that at doctors of offices of emergency medical service the most frequent created symptoms are: «inadequate selective emotional reaction», «a reduction of professional duties» and «experience of the psychoinjuring circumstances». Actions of a system of prevention of a syndrome of professional burning out at individual, interpersonal and organizational level increased professional motivation, reduced operating voltage, optimized a psychophysiological state, leveled balance between physical and psychoemotional expenses, increased satisfaction from the performed work.

Keywords: Chronic occupational stress, burnout syndrome, outpatient examination, autonomic tone, psycho-vegetative disorders, the emergency doctor.

References

1. Apchel V.YA., Cygan V.N. Stress i stressoustojchivost' cheloveka [Stress and resistance to stress of the person]. Sankt-Peterburg. 2009. 86 p. (In Russ)
2. Bojko V.V. Sindrom «ehmocional'nogo vygoraniya v professional'nom obshchenii [A syndrome of «emotional burning out» in professional communication]. Sankt-Peterburg. 2009. 105 p. (In Russ)
3. Buharin V.A. Chernyj V.S. Sposob vosstanovleniya i povysheniya rabotosposobnosti putem sovmestnogo primeneniya giperbaricheskoj oksigenacii i transkranial'nogo vozdejstviya impul'snym ehlektricheskim tokom [A way of restoration and increase in working capacity by combined use of hyperbaric oxygenation and transcranial influence by pulse electric current]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific Notes University P.F. Lesgaft]. 2011. N 5 (75). Pp. 31–35. (In Russ)
4. Vein A.M. Vegetativnye rasstroistva [Vegetative frustration]. Moskva. 2003. 749 p. (In Russ)
5. Vinokur V.A., Rozanova M.N. Professional'nyj stress gubit vracha [Occupational stress is ruining doctor]. *Medicina Sankt-Peterburga* [Medicine Of St. Petersburg]. Sankt-Peterburg. 2007. N 11. Pp. 28. (In Russ)
6. Vodop'yanova N.E. Sindrom psihicheskogo vygoraniya v kommunikativnyh professiyah. [A syndrome of mental burning out in communicative professions]. *Psihologiya zdorov'ya* [Health Psychology]. Eds. : G.S. Nikiforova. Sankt-Peterburg. 2010. Pp. 443–463. (In Russ)
7. Garganeeva N.P. Kontsepsiya faktorov riska v otsenke prognoza serdechno-sosudistykh zabozevanij u patsientov s trevozhnymi i depressivnymi rasstrojstvami [The concept of risk factors in evaluating the prognosis of cardiovascular disease in patients with anxiety and depressive disorders]. *Sibirskij vestnik psixiatrii i narkologii* [Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology]. 2010. N 2. Pp. 63–66. (In Russ)
8. Dil'man V.M. Vozrastnaya specifika psixosomaticheskoj patologii [Age specificity of psychosomatic pathology]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2009. Vol. 10, N 2. Pp. 193–201. (In Russ)
9. Evdokimov V.I., Marishhuk V.L., Gubin A.I. Ehmotsional'nye sostoyaniya v ehkstremaal'nykh usloviyakh deyatelnosti i ikh korrektsiya [Emotional state in extreme conditions and their correction]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008. N 26 (31). Pp. 56–66. (In Russ)
10. Kuznecova O.A., Shhelkova O.Yu., Mazurok V.A., Reshetov M.V. Diagnostika professional'nogo «psikhicheskogo vygoraniya» vrachej anesteziologov-reanimatologov [Professional Diagnostics ' mental Burnout» doctors anesthesiologists-resuscitators]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008. N 25 (30). Pp.75–83. (In Russ)
11. Lozinskaya E.I. Proyavlenie sindroma peregoraniya u psixiatrov i onkologov [Manifestation of a syndrome of burn-out at psychiatrists and oncologists]. *Problemy` i perspektivy` razvitiya stacionarnoj psixiatricheskoj pomoshhi* [Problems and prospects of development of inpatient psychiatric care]. Eds. : O.V. Limankina. Sankt-Peterburg. 2009. Vol. 2. Pp. 249–257. (In Russ)
12. Lymarenko V.M. Professional'noe vygoranie u medicinskih rabotnikov poliklinicheskikh uchrezhdenij kak predposylka psixosomaticheskoj patologii [Professional burnout in medical workers of polyclinical establishments as a prerequisite for psychosomatic pathology]

sional burning out at health workers of polyclinic institutions as a prerequisite of psychosomatic pathology]. *Psichologicheskie problemy sovremennogo obshchestva* [Psychological problems of modern society] : Scientific. Conf. Proceeding, Sankt-Peterburg. 2011. Pp. 89–97. (In Russ)

13. Malygin V.L., Iskandirova A.B., Pakhtusova E.E., Shevchenko D.V. Rasprostranennost' sindroma ehmotSIONal'nogo vygoraniya u vrachej razlichnykh spetsial'nostej [The prevalence of the syndrome of Burnout among doctors of various specialties]. Moskva. 2008. Pp. 23–29. (In Russ)

14. Sapova N.I. Ehkstremal'nost', stress i adaptaciya [Extremeness, stress and adaptation]. *Social'no-psihologicheskie problemy gosudarstvennogo upravleniya v Rossii* [Social and psychological problems of governance in Russia] : Scientific. Conf. Proceeding, Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 50–55. (In Russ)

15. Sarkisova V.A. Professional'naya zaboлеваemost' meditsinskikh rabotnikov v Rossii: problemy i resheniya [Occupational diseases of medical workers in the Russia: pro-Bloem and Solutions]. *Glavnaya meditsinskaya sestra* [Home honey. sister]. 2011. N 8. Pp. 62–64. (In Russ)

16. Yumatov E.A. Serdechno-sosudistye reakcii pri ehmocional'nyh perenapryazheniyah [Cardiovascular reactions at an emotional retension]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2010. N 5. Pp. 893–905. (In Russ)

17. Balon R. Reflections on relevance: Psychotherapy and Psychosomatics in 2003. *Psychother. Psychosom.* 2009. Vol. 73, N 1. Pp. 5–9.

18. Kohle K., Koerfer A., Thomas W. [et al.] Integrative psychosomatics: contributions to a reform of medical training. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2010. Vol. 53, N 2. Pp. 65–70.

Received 03.09.2018

For citing: Lymarenko V.M., Leontev O.V., Bagramova S.A., Voytsitsky A.N., Chernaya YU.V. Osobennosti sindroma professionalnogo vygorania u vrachei skoroi medicinskoj pomoshi. *Vestnik psikhoterapii.* 2018. N 68. Pp. 114–131. **(In Russ.)**

Lymarenko V.M., Leontev O.V., Bagramova S.A., Voytsitsky A.N., Chernaya Yu.V. Features syndrome professional burnout in doctors of ambulance service. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2018. N 68. Pp. 114–131.

НАРУШЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ФАКТОРОВ ВОЕННОГО ТРУДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ Санаторно-курортный комплекс «Западный»
(Россия, Санкт-Петербург, Тарховский пр., 24);

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

³ Медицинский центр «Санавита» (Россия, Санкт-Петербург, пр. Науки 8);

⁴ Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6).

Проблема утомления в физиологии военного труда занимает одно из первых мест при решении вопросов обеспечения высокой готовности в процессе учебно-боевой и боевой подготовки военных специалистов, а также их профессионального долголетия.

При формировании патологии системы кровообращения в период воздействия факторов военного труда важную роль играет состояние регуляторных систем организма и в первую очередь – вегетативной (автономной) нервной системы, которая играет важную роль в процессе утомления и переутомления организма.

Ключевые слова: утомление, вегетативная нервная система, работоспособность, психические процессы, психовегетативные дисфункции.

✉ Яремко Василий Иванович – засл. врач РФ, начальник Санаторно-курортного комплекса «Западный» (Россия, 197701, Санкт-Петербург, Тарховский пр., д. 24); e-mail: 9212249965@mail.ru;

Дударенко Сергей Владимирович – д-р мед. наук, доцент, зав. отделом терапии и интегративной медицины Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: dudarenko@mail.ru;

Леонтьева Мария Олеговна – ст. лаборант мед. центра «Санавита» (Россия, 195220, Санкт-Петербург, пр. Науки 8); e-mail: lmo96@mail.ru;

Лопатин Сергей Николаевич – врач отд-я терапии Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: lopatin@mail.ru;

Кобрянова Ирина Викторовна – канд. психол. наук, науч. сотрудник НИЦ Воен.-мед. акад. им С.М. Кирова (Россия, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Акад. Лебедева, 6); e-mail: Kobranova@mail.ru.

Введение

Формирование патологии системы кровообращения в период воздействия факторов военного труда зависит от состояния регуляторных систем организма и в первую очередь от нервной системы и ее отдела – вегетативной (автономной) нервной системы (АВНС). В АВНС выделяют два уровня: надсегментарный и сегментарный. Нейроны сегментарной части АВНС заложены в стволе головного мозга и боковых столбах спинного мозга. Кроме того, АВНС разделяется на симпатический и парасимпатический отделы. Симпатический отдел автономной нервной системы действует в ситуациях, требующих напряженной физической и психической деятельности, обеспечивает учащение сердечных сокращений, учащение дыхания и повышение тонуса сосудов. Воздействие парасимпатического отдела ВНС проявляется уменьшением тонуса сосудов, урежением частоты сердечных сокращений, активизацией процессов пищеварения, активизацией процессов синтеза [2, 6, 14, 19].

Надсегментарные вегетативные структуры представлены лимбико-ретикулярным комплексом, миндалиной, гипоталамусом и определенными ядрами ствола мозга. С ними связаны такие функции, как память и внимание, эмоциональный фон настроения.

Вследствие напряженной работы, воздействия раздражителей или эмоциональных переживаний в этих структурах создается постоянный очаг возбуждения [19]. Возбуждение переключается на сегментарный уровень ВНС, а затем и на периферический отдел. В результате изменяется частота и сила сердечных сокращений, тонус сосудов, работа эндокринных желез (повышается выброс гормонов коры надпочечников, повышается уровень гормонов щитовидной железы), увеличивается концентрация инсулина в крови, тонус скелетной мускулатуры.

Воздействие факторов военного труда на вегетативную регуляцию

Профессиональная деятельность человека, протекающая на фоне высокого нервно-психического напряжения, одновременного воздействия на организм неблагоприятных факторов внешней среды, осложненная гипокинезией, избытком или недостатком информации, воздействуя на ЦНС и, в частности, на ее вегетативную часть, предъявляет высокие требования к его физиологическим, психофизиологическим, психическим функциям, качествам и возможностям [4]. Поэтому особую актуальность приобретают задачи оценки и прогнозирования функционального состояния человека, степень его профессионального долголетия. Понятие о функциональном

состоянии организма получило широкое распространение как в клинической медицине, так и в физиологии военного труда [8].

Внешние условия труда (фактор среды обитания) создаются в результате сочетания элементов окружающей среды, воздействующих на военнослужащих в период военной службы механическими, физическими, химическими, биологическими, информационными, социально-психологическими и другими факторами.

Группу физических факторов составляют высокие и низкие температуры воздуха, освещение, ультрафиолетовое излучение, высокочастотные или сверхвысокочастотные электромагнитные поля, ионизирующие излучения, шум, вибрация, укачивание, механические воздействия и т. д. [5].

К химическим факторам относятся различные вредные примеси к воздуху (пороховые и выхлопные газы, различные виды жидкого топлива, антидетонаторов, аккумуляторные жидкости и др.).

Биологическими факторами являются возбудители респираторных заболеваний, накапливающиеся в замкнутых убежищах и других объектах обитания.

Социальные факторы включают мотивацию специалистов, межличностные отношения, место в коллективе, налаженность быта, отношения в семье и т. д. Важное значение имеют психологическая совместимость работающих и обитающих рядом людей, наличие опасности для здоровья и жизни военнослужащих и др.

Так как действия этих факторов носят кумулятивный характер, то психосоматические заболевания (например, гипертоническая болезнь) у военнослужащих возникают раньше, чем в популяции, и протекают с выраженными нарушениями вегетативной регуляции. Говоря об изменениях вегетативной регуляции, необходимо помнить о влиянии на нее измененных функциональных состояний, возникающих в результате условий, в которых протекает трудовая деятельность. К ним относятся состояние гипокинезии, связанное с дефицитом мышечной активности и, как следствие, неблагоприятные изменения гемодинамики и зрительно-моторной деятельности, состояние укачивания, приводящие к вегетативной неустойчивости и усилению негативных влияний со стороны вестибулярного аппарата, состояние монотонии, возникающее вследствие однообразия выполняемой работы и приводящее к значительным изменениям памяти и внимания [11].

Следует выделить состояния, возникающие в случае превышения пределов физиологической устойчивости организма при высоком уровне

действующего фактора (гипоксия при низком содержании кислорода во вдыхаемом воздухе) или в результате кумуляции изменений при длительном слабом воздействии фактора (при действии малых концентраций оксида углерода). Состояние утомления – неизбежное следствие любой трудовой деятельности, если условия ее осуществления способствуют его возникновению [10].

Проблема утомления в физиологии военного труда занимает одно из первых мест при решении вопросов обеспечения высокой готовности в процессе учебно-боевой и боевой подготовки военных специалистов, а также их профессионального долголетия.

Утомление – это совокупность изменений в физическом и психическом состоянии человека, наступающих в результате деятельности и ведущих к временному снижению ее эффективности. Весьма близко к проблеме утомления стоят и вопросы переутомления. Переутомление – совокупность стойких функциональных нарушений в организме человека, возникающих вследствие многократно повторяющегося чрезмерного утомления и не исчезающих за время отдыха между суточными и недельными периодами работы. Переутомление неблагоприятно для здоровья работающих и проявляется вегетативными дисфункциями [13].

В зависимости от вида труда различают физическое, умственное, сенсорное и эмоциональное утомление, а по его локализации – локальное (местное) и общее утомление, по времени возникновения – острое и хроническое утомление.

В связи с таким многообразием видов утомления изменения различных функций организма могут проявляться по-разному.

Физическое утомление, возникающее в организме, принято оценивать по прямым и косвенным показателям. Прямые показатели характеризуют изменение количества и качества выполненной работы, а непрямые – изменения в различных органах и системах, т. е. сдвиги в функциональном состоянии физиологических систем. Не менее многообразны и субъективные ощущения, а также переживания человека, возникающие при утомлении [10].

В системе кровообращения при утомлении происходят разнообразные изменения: тахикардия, переходящая при сильном утомлении в брадикардию, повышение и понижение артериального давления, замедление скорости кровотока, увеличение сопротивления периферических сосудов, снижение минутного объема кровотока, неадекватные реакции на дозированную физическую нагрузку [1, 3].

Дыхательная система реагирует на утомление увеличением частоты и минутного объема дыхания (эти показатели при выраженном утомлении могут затем понижаться), снижением насыщения артериальной крови кислородом, уменьшением жизненной емкости легких, снижением концентрации углекислого газа в альвеолярном воздухе и т. д.

Большим разнообразием отличаются при утомлении изменения психофизиологических свойств и качеств личности. Снижаются сенсорные функции, ухудшаются восприятие, запоминание и воспроизведение информации, резко падает интенсивность процессов внимания, мышления. В первую очередь утомление вызывает нарушение процесса выполнения тех операций, которые требуют максимальной мобилизации внимания и сосредоточенности.

Субъективному чувству усталости сопутствуют ухудшение самочувствия, иногда головные боли, тяжесть в конечностях, вялость, сонливость. Эмоциональные реакции могут проявляться от повышенной раздражительности, несдержанности до безразличия, апатии, замкнутости, сужения интереса к окружающему, и тогда сглаживаются экспрессивные движения, мимика и речь, появляется «поникшая» поза. Утомление можно охарактеризовать как изменение адекватности ответа организма на требования предъявляемые характером деятельности.

Наиболее приемлемым на сегодняшний день является представление о развитии утомления при физических нагрузках, которые определяют мышечную работу разной структуры и мощности. При физическом труде к механизмам утомления могут быть причастны в определенной мере нарушения белкового обмена, истощение резервов желез внутренней секреции, сгущение крови вследствие потери большого количества воды с потом и выходом части плазмы в ткани. Все это снижает функциональные возможности вегетативной регуляции.

Сенсорное утомление наступает в результате воздействия длительного или интенсивного раздражителя (сильный шум, свет), при котором первичные изменения возникают в сенсорных системах от рецептора до коркового конца анализатора.

Перцептивное утомление локализуется преимущественно в корковом конце анализатора и обуславливается трудностью обнаружения сигнала (при больших помехах, при малой его интенсивности, трудности дифференцирования) [12].

Информационное утомление является следствием недостаточности информации или информационной перегрузки, когда наибольшая нагрузка

падает на динамику межцентральных отношений, заключающуюся в замыкании временных связей между различными структурами в ЦНС и оживлении ассоциативных связей, позволяющих правильно отразить в сознании объективную картину внешней среды, что требует проведения медико-психологической реабилитации личного состава [15, 16].

При длительном воздействии этих факторов в организме военнослужащего происходят изменения вегетативной регуляции, а в дальнейшем появляется психосоматическая патология, например гипертоническая болезнь, которая возникает на 7–10 лет раньше, чем у лиц, не подверженных воздействию факторов военного труда. При увольнении с военной службы и переходе в запас часто выявляются психовегетативные или психосоматические расстройства начиная с 45-летнего возраста [17]. В аварийных ситуациях, при нарушении техники безопасности могут возникать острые и хронические заболевания (военно-профессиональные) у отдельных военных специалистов [14, 16].

Психовегетативный синдром занимает значительное место в клинической картине как невротических, так и психосоматических заболеваний. К настоящему времени накопилось достаточно фактического материала, позволяющего говорить об облигатности вегетативных нарушений при неврозах и психосоматических расстройствах [7].

Вегетативные расстройства представлены как перманентными, так и пароксизмальными формами, проявляющимися нарушениями в кардиоваскулярной, респираторной, гастроинтестинальной системах, в системе терморегуляции. Клиническая картина всех форм неврозов и психосоматических расстройств включает в себя нарушение сна, вегетативно-висцеральные расстройства (преимущественно сердечно-сосудистые), следовательно, необходимо исследовать структуры лимбического (висцерального) мозга (эмоциогенные отделы гиппокампа, миндалина, гипоталамуса, фронтальной коры). Клиническое описание психовегетативного синдрома впервые предложено W. Thiele (1958). В структуре синдрома определялись вегетативные нарушения, такие как бледность или гиперемия кожных покровов, тремор, гипергидроз, тахикардия или брадикардия, гипертония или гипотония, алгические ощущения, дисфункции различных систем и органов [19].

Психовегетативный синдром определялся как «вегетативный невроз», «общий психосоматический синдром» [20], «вегетативная дистония», «астено-вегетативный синдром» [6]. Delius (1977) рассмотрел теоретические аспекты психовегетативного синдрома и выделил две клинические разновидности: органичный (изолированный), при котором нарушения лока-

лизуются в каком-либо определенном органе или системе органов; общий, когда наблюдается полиморфизм симптоматики, определяемой со стороны нескольких органов и (или) систем органов [21]. W. Poldinger (1977) выделил три компонента психовегетативного синдрома: соматический (разнообразные по силе, интенсивности и продолжительности, а также по характеру болевые ощущения, дисфункции органов, парестезии, одуше), неврологический (живость рефлексов, незначительный тремор языка, клонус стоп), психический (внутреннее беспокойство, тревога, расстройства сна, озабоченность своим здоровьем, склонность к рефлексии, лабильность настроения, повышенная истощаемость, нарушение концентрации внимания, снижение инициативы) [22].

Заключение

Таким образом, все исследователи рассматривали психовегетативный синдром как полиморфную клиническую структуру. Б.Д. Карвасарский определил, что синдром вегето-сосудистой дистонии включает в себя симпатикотонические (учащение пульса, подъем артериального давления, сухость во рту, зябкость конечностей, белый дермографизм и т. д.) и ваготонические (замедление пульса, снижение артериального давления, повышенная саливация, усиление перистальтики кишечника, покраснение кожи, красный дермографизм и т. д.) вегетативные расстройства [9]. Расстройства носят смешанный характер, при которых нарушения в одной из систем вегетативной регуляции представлены либо в большей, либо в меньшей степени. Кроме вегетодистонических расстройств, при неврозах весьма часто возникают и вегетативные кризы, которые могут существенно повлиять на военно-профессиональную работоспособность и формирование синдрома хронического утомления и переутомления.

Литература

1. Антонов А.В., Галин И.Ф., Глушенко В.А. [и др.] Гигиеническая диагностика ишемической болезни сердца офицеров в условиях Среднего Поволжья. – Самара : Б.и., 2001. – 95 с.
2. Араби Л.С. Психовегетативные нарушения на начальном этапе органической внутренней патологии: методические рекомендации // Теория и методика профессионального обучения и воспитания взрослых. – СПб. : Ин-т интегративной медицины, 2011. – 16 с.
3. Баев В.В. Клинико-экономический анализ при остром инфаркте миокарда : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 41 с.
4. Бурилич И.Н., Кореневский Н.А., Шоттланд Т.М. Комплексная диагностика функциональных состояний по данным психологических и физиологиче-

ских экспериментов // Вест. новых медицинских технологий. – 2003. – № 3. – С. 44–46.

5. Васильков А.М. Психофизиологическое сопровождение профессиональной деятельности специалистов ВМФ // Актуальные проблемы психофизиологического сопровождения учебного процесса в военно-учебных заведениях: матер. науч.-практ. конф., посвящ. 5-летию каф. воен. психофизиологии Воен.-мед. акад. – СПб., 2002. – С. 24–26.

6. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М. : Мед. информ. агентство, 2003. – 749 с.

7. Гордеев С.А. Церебральные механизмы тревожно-фобических расстройств : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 390 с.

8. Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К. Методы исследования в физиологии военного труда. – Л. : Наука, 1991. – 110 с.

9. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М. : Медицина, 2008. – 304 с.

10. Кулешов В.И. Системный подход к оценке состояния здоровья и работоспособности моряков // Интегративная медицина: новое содержание и перспективы развития: матер. межрег. науч.-практ. конф. – СПб. : Б.и., 2002. – С. 52–54.

11. Литовский И.А., Гордиенко А.В. Атеросклероз и гипертоническая болезнь: вопросы патогенеза, диагностики и лечения. – СПб. : СпецЛит, 2013. – 304 с.

12. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук-во для врачей. – 4-е изд. – М. : Мед. Пресс-информ, 2002. – 587 с.

13. Парцерняк С.А. Вегетативные дисфункции (вегетозы) в клинике внутренних болезней. – СПб., 2009. – 391 с.

14. Софронов Г.А., Черный В.С., Александров М.В. Качество жизни лиц, перенесших острые отравления продуктами горения // Вест. Росс. Воен.-мед. акад. – 2012. – № 2 (38) – С. 6–10.

15. Тришкин Д.В., Титов И.Г., Нечипорук С.А. Особенности организации и принципы проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих специальных подразделений Минобороны России // Воен.-мед. журн. – 2015. – № 6. – С. 15–19.

16. Фисун А.Я. [и др.] Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 8. – С. 4–15.

17. Цыган В.Н., Леонтьев О.В., Дергунов А.В. Патофизиология артериальной гипертензии. – СПб. : МедИнфо, 2012. – 132 с.

18. Bobrie G. [et al.] Masked hypertension: a systematic review // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26. – P. 1715–1725.

19. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom // Munch. Med. Wochenschr. – 1958. – Bd 100, № 49. – P. 1918–1923.

20. Brautigam W. Psychosomatic aspects of cancer // Dtsch. Med. Wochenschr. – 1981. – Bd 106, № 47. – P. 1563–1565.

21. Delius L. Psychovegetative Allgemeinstörungen // Med. Welt. – 1977. – Bd 28, № 5. – P. 222–225.

22. Poldinger W. Psychosomatische Medizin in der Praxis // Wien. med. Wschr. – 1977. – Bd 127, № 2. – P. 68–72.

Поступила 01.11.2018

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

Для цитирования. Яремко В.И., Дударенко С.В., Леонтьева М.О., Лопатин С.Н., Кобрянова И.В. Нарушения вегетативной регуляции при воздействии факторов военного труда (обзор литературы) // Вестн. психотерапии. 2018. № 68 (73). С. 132–142.

VIOLATIONS OF VEGETATIVE REGULATION UNDER THE INFLUENCE OF FACTORS OF MILITARY LABOR (LITERATURE REVIEW)

**Yaremko V. I.¹, Dudarenko S.V.², Leonteva M. O.⁴,
Lopatin S.N.², Kobryanova I.V.³**

¹ Sanatorium and Resort Complex “Zapadny”
(Tarkhovskiy Ave., 24, St. Petersburg, Russia);

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

³ Medical center “Sanavita” (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, Russia);

³ Kirov Military Medical Academy
(Akademika Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia).

✉ Vasily Ivanovich Yaremko – Honored doctor of the Russian Federation, the chief of Sanatorium complex «Western» (Tarkhovskiy Ave. 24, St. Petersburg, 197701, Russia), e-mail: 9212249965@mail.ru;

Sergey Vladimirovich Dudarenko – Dr. Med. Sci, associate Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva Str. 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: dudarenko@mail.ru;

Sergey Nikolaevich Lopatin – the doctor of Department of therapy of the of the Institute DPO "Extreme Medicine" Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva Str. 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: lopatin@mail.ru;

Irina Viktorovna Kobryanova – PhD Psychol. Sci, researcher of the research Institute of the Kirov Military medical Academy (Akademika Lebedeva Str. 6, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: Kobranova@mail.ru;

Maria Olegovna Leonteva – Senior Lab Technician of the Sanavita Medical Center (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, 195257, Russia), e-mail: lmo96@mail.ru.

Abstract. The exhaustion problem in physiology of military work is high on the list at the solution of questions of ensuring high readiness in the course of educational and fighting and combat training of military experts, and also their professional longevity.

When forming pathology of the blood circulatory system during influence of factors of military work an important role is played by a condition of regulatory systems of an organism and, first of all – vegetative (autonomous) nervous system which plays an important role in the course of exhaustion and overfatigue of an organism.

Keywords: exhaustion, vegetative nervous system, working capacity, mental processes, psychovegetative dysfunctions..

References

1. Antonov A.V. Gigienicheskaya diagnostika ishemicheskoy bolezni serdtsa ofitserov v usloviyakh Srednego Povolzh'ya [Hygienic diagnosis of coronary heart disease officers in the Middle Volga region]. Samara. 2001. 95 p. (In Russ.)

2. Arabi L.S. Psikhovegetativnye narusheniya na nachal'nom etape organicheskoy vnutrenney patologii: metodicheskie rekomendatsii [Psychovegetative disorders at the initial stage of organic internal pathology: methodical recommendations]. *Teoriya i metodika professional'nogo obucheniya i vospitaniya vzroslykh* [Psychovegetative disorders at the initial stage of organic internal pathology: methodical recommendations]. Sankt-Petersburg. 2011. 16 p. (In Russ.)

3. Baev V.V. Kliniko-ekonomicheskii analiz pri ostrom infarkte miokarda [Clinical and economic analysis in acute myocardial infarction] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2007. 41 p. (In Russ.)

4. Burilich, I.N. Kompleksnaya diagnostika funktsional'nykh sostoyaniy po dannym psikhologicheskikh i fiziologicheskikh eksperimentov [Comprehensive diagnosis of functional states according to psychological and physiological experiments]. *Vestnic novykh meditsinskikh tekhnologiy* [J. of new medical technologies]. 2003. N 3. Pp. 44–46. (In Russ.)

5. Vasil'kov A.M. Psikhofiziologicheskoe soprovozhdenie professional'noy deyatel'nosti spetsialistov VMF [Psychophysiological support of professional activities of specialists of the Navy]. *Aktual'nye problemy psikhofiziologicheskogo soprovozhdeniya uchebnogo protsessa v voenno-uchebnykh zavedeniyakh* [Actual problems of psychophysiological maintenance of educational process in military schools] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Petersburg. 2002. P. 24–26. (In Russ.)

6. Veyn A.M. Vegetativnye rasstroystva: klinika, diagnostika, lechenie [Vegetative disorders: clinic, diagnosis, treatment]. Moskva. 2003. 749 p. (In Russ.)

7. Gordeev, S.A. Tserebral'nye mekhanizmy trevozhno-fobicheskikh rasstroystv [Cerebral mechanisms of anxiety-phobic disorders] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2008. 390 p. (In Russ.)

8. Zagryadskiy, V.P. Metody issledovaniya v fiziologii voennogo truda [Research methods in the physiology of military labor]. Leningrad. 1991. 110 p. (In Russ.)

9. Karvasarskiy, B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moskva. 2008. 304 p. (In Russ.)

10. Kuleshov V.I. Sistemnyy podkhod k otsenke sostoyaniya zdorov'ya i rabotosposobnosti moryakov [A system approach to assessing the health and performance of seafarers].: Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Petersburg. 2002. Pp. 52–54. (In Russ.)

11. Litovskiy I.A. Ateroskleroz i gipertonicheskaya bolezni': voprosy patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Atherosclerosis and hypertension: issues of patho-

genesis, diagnosis and treatment]. Sankt-Petersburg. 2013. 304 p. (In Russ.)

12. Mendelevich V.D. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: prakt. rukovo dlya vrachey [Clinical and medical psychology: pract. hands-on for doctors]. Moskva. 2002. 587 p. (In Russ.)

13. Partsernyak S.A. Vegetativnye disfunktsii (vegetozy) v klinike vnutrennikh bolezney [Vegetative dysfunctions (vegetoses) in the clinic of internal diseases]. – Sankt-Petersburg. 2009. 391 p. (In Russ.)

14. Sofronov G.A., Chernyj V.S., M.V. Aleksandrov M.V. Kachestvo zhizni lic, perenesshih ostrye otravleniya produktami goreniya [Quality of life of the persons who had sharp poisonings with burning products]. *Vestnik rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Military medical Academy]. 2012. N 2 (38). Pp. 6–10. (In Russ.)

15. Trishkin D.V. Osobennosti organizatsii i printsipy provedeniya mediko-psikhologicheskoy reabilitatsii voennosluzhashchikh spetsial'nykh podrazdeleniy Minoborony Rossii [Features of the organization and principles of medical and psychological rehabilitation of servicemen of special units of the Russian Ministry of Defense]. *Voенno-meditsinskij zhurnal* [Military Medical Journal]. 2015. N 6. Pp. 15–19. (In Russ.)

16. Fisun A.Ya. Meditsinskaya reabilitatsiya v Vooruzhennykh Silakh: istoki, sovremennoe sostoyanie i perspektivy [Medical rehabilitation in the Armed Forces: origins, current state and prospects]. *Voенno-meditsinskij zhurnal* [Military Medical Journal]. 2014. Vol. 335, N 8. Pp. 4–15. (In Russ.)

17. Tsygan V.N. Patofiziologiya arterial'noy gipertenzii [Pathophysiology of arterial hypertension]. Sankt-Petersburg. 2012. 132 p. (In Russ.)

18. Bobrie G. [et al.] Masked hypertension: a systematic review. *J. Hypertens.* 2008. Vol. 26. Pp. 1715–1725.

19. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom. *Munch. Med. Wochenschr.* 1958. Bd. 100, N 49. Pp. 1918–1923.

20. Brautigam W. Psychosomatic aspects of cancer. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 1981. Bd. 106, N 47. Pp. 1563–1565.

21. Delius L. Psychovegetative Allgemeinstörungen. *Med. Welt.* 1977. Bd. 28, № 5. Pp. 222–225.

22. Poldinger W. Psychosomatische Medizin in der Praxis. *Wien. med. Wschr.* 1977. Bd. 127, N 2. Pp. 68–72.

Received 01.11.2018

For citing. Yaremko V.I., Dudarenko S.V., Leont'yeva M.O., Lopatin S.N., Kobryanova I.V., Narusheniya vegetativnoy regulyatsii pri vozdeystvii faktorov voennogo truda (obzor literatury). *Vestnik psikhoterapii.* 2018. № 68. Pp. 132–142. **(In Russ.)**

Yaremko V. I., Dudarenko S.V., Leonteva M. O., Lopatin S. N., Kobryanova I.V. Violations of vegetative regulation under the influence of factors of military labor (literature review). *The Bulletin of Psychotherapy.* 2018. № 68. Pp. 132–142.

Уважаемые коллеги!

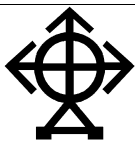
Хочу публично от имени редакционного совета и редакционной коллегии журнала «Вестник психотерапии» сказать слова благодарности и признательности доктору медицинских наук профессору Евдокимову В.И.

Владимир Иванович много лет добросовестно выполнял непростые функции научного редактора журнала, но решил снизить свою нагрузку и вышел из состава редакционной коллегии, сложив функции научного редактора журнала. Они включали работу с авторами, научное рецензирование статей, доведение их до необходимого уровня, многочисленную переписку с авторами и многое другое. По сути, научный редактор – это центральное и ключевое звено в формировании «научного портфеля» журнала.

Спасибо Вам, уважаемый Владимир Иванович, за добросовестную и многолетнюю работу.

*Главный редактор журнала
профессор В.Ю. Рыбников*





ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

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 английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – 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 <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.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 – Черный Валерий Станиславович.

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 оригинал-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18 лит. Д.

Подписано в печать 24.12.2018. Печать – ризография.

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

Объем 9,1 п. л. Заказ 18700.