

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 58 (63)

Санкт-Петербург
2016

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

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

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

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 58 (63)

St. Petersburg
2016

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

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

© International Institute of Human Potential Abilities, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Бибчук М.А.

Организация процесса семейной психотерапии душевнобольного ребенка: от записи на прием к системной гипотезе и оценке качества	7
--	---

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Кукшина А.А., Котельникова А.В., Ткаченко Г.А.

Психопатологические особенности и половозрастные характеристики па- циентов с нарушением двигательных функций	25
--	----

Бартош О.П., Бартош Т.П.

Социально-психологический тренинг и методика обратной связи как про- филактика тревожности у младших школьников	35
--	----

Леус Э.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А.

Дисфункциональные семейные отношения как фактор делинквентного поведения у несовершеннолетних	45
--	----

Лысенко И.С., Караваева Т.А.

Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами	57
---	----

Николаев Е.Л.

Что думают об эвтаназии родственники больных деменциями и болезнью Альцгеймера?	75
--	----

Озоль С.Н., Шустов Д.И., Федотов И.А.

Акцентуации характера, алкогольная зависимость и несуицидальная ауто- агрессия как косвенные показатели суицидального риска у врачей	85
---	----

Тушкова К.В.

Анализ личностных функций (по Гюнтеру Аммону) у женщин с по- стратравматическим стрессовым расстройством, испытавших насилие	93
---	----

Парцерняк С.А., Герцев А.В., Ищук В.Н.

Оценка эффективности применения визуально-аудиальной стимуляции в комплексной терапии больных с полиморбидной сердечно-сосудистой па- тологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра	101
---	-----

Лутова Н.Б., Раковская Н.В., Сорокин М.Ю., Вид В.Д.

Влияние личностных параметров больных шизофренией на показатели субъективной удовлетворенности лечением в стационаре	113
---	-----

Малкова Е.Е., Машнина Е.М.

Проблема психологических, психолингвистических, нейропсихологиче- ских и клинических факторов отклонений в развитии речи современных дошкольников	125
---	-----

Информация о журнале	138
----------------------------	-----

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Bebchuk M.A.

- Organization of family therapy process for child with mental disorder: from appointment procedures to the system hypothesis and quality assessment 7

MEDICAL PSYCHOLOGY

Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Tkachenko G.A.

- Psychopathological peculiarities and age and gender characteristics of the patients with movement disorders 25

Bartosh O.P., Bartosh T.P.

- Social and psychological training and method of biological feed back as anxiety prophylaxis relevant for primary school children 35

Leus E.V., Soloviev A.G., Novikova I.A.

- Dysfunctional family relations as a factor of delinquent behaviour in minors ... 45

Lysenko I.S., Karavaeva T.A.

- The level and the structure of personal and interpersonal conflict in patients with neurotic disorders (systematic study that determines targets and objectives of psychotherapy) 57

Nikolaev E.L.

- What do dementia patients' relatives think about euthanasia? 75

Ozol S.N., Shustov D.I., Fedotov I.A.

- Accentuation of character, alcohol addiction and non-suicidal autoaggression as an indirect indicators of suicide risk among doctors 85

Tushkova K.V.

- Analysis of personal functions (by Gunter Ammon) of women with post-traumatic stress disorder experienced abuse 93

Partsernyak S.A., Gertsev A.V., Ischuk V.N.

- Estimation of efficiency of application visual and audial influences in complex therapy patient with combined cardiovascular pathology, proceeding with anxiety and depressive disorders 101

Lutova N.B., Rakovskaya N.V., Sorokin M.Y., Vid V.D.

- nterrelationship between personal characteristics of schizophrenic inpatients and scores of subjective satisfaction of treatment 113

Malkova E.E., Maschnina E.M.

- The problem of psychological, psycholinguistic, neuropsychological and clinical factors of deviations in the speech development of modern preschool 125

- Information about the Journal 138

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 614.2

М.А. Бебчук

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДУШЕВНОБОЛЬНОГО РЕБЕНКА: ОТ ЗАПИСИ НА ПРИЕМ К СИСТЕМНОЙ ГИПОТЕЗЕ И ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА

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

Реализация в детской психиатрии биопсихосоциальной модели предполагает включение семейного консультирования и психотерапии в мероприятия по коррекции психического состояния ребенка. Отсутствие в образовательных стандартах высшего и дополнительного профессионального образования компетенций по работе с родителями детей с психическими расстройствами и семьями в целом создает препятствия для использованию ресурсов семьи в лечении душевнобольного ребенка. Материал статьи отражает данные анализа и обобщение клинического опыта работы (более 2500 семей). В статье даны практические приемы и последовательность конкретных шагов в консультировании семьи проблемного ребенка. Описывается подготовка к первой встрече с семьей, в том числе оснащение помещения для работы. Предложена структура первой и последующих консультаций: социальная и проблемная фазы, построение (уточнение или переформулирование) системной гипотезы, фаза терапевтических интервенций, заключение (перезаключение) «терапевтического контракта», оценка произошедшего во время консультации, сбор дополнительной информации. Построение отношений доверия с семьей и вовлечение в занятия немотивированных членов семьи – важные задачи социальной фазы. Основные задачи, которые решаются с помощью построения гипотезы, – формирование партнерства с семьей больного ребенка и сохранение специалистом позиции нейтральности. Обсуждение с семьей системной гипотезы – важный элемент семейного консультирования. От специалиста требуется умение объяснить на языке, понятном семье, особенности функционирования и циркулярные последовательности (цикл взаимодействия), которые были замечены в ходе консультации, учитывать актуальное состояние клиентов и выбирать уместные интонации. В завершение каждой консультации происходит обсуждение с ко-терапевтом или супервизором качества процесса и результата сессии, просмотр видеозаписи консультации (если велась) или оценка/рефлексия работы специалистом самостоятельно. Положения

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

статьи иллюстрированы клиническими примерами и диалогами членов семьи со специалистом.

Ключевые слова: процесс семейной психотерапии, структура сессии, системная гипотеза, психически больной ребенок, оценка качества консультации.

Введение

Увеличение в структуре детской инвалидности детей с психической патологией, рост детского/подросткового суицидального поведения, омоложение возраста детской/подростковой наркомании и неэффективность предпринимаемых медицинских мер, направленных на совершенствование психического здоровья детского населения, требует от профессионального сообщества поиска новых ресурсов в рамках биопсихосоциальной модели в диагностике и коррекционных вмешательствах.

Несмотря на доказанную эффективность включения родственников в реабилитационные мероприятия у взрослых пациентов и семейной психотерапии у детей при многих психических расстройствах [2–4, 7, 8], организация медицинской помощи детям и отсутствие семейных психотерапевтов в большинстве психиатрических больниц и учреждений первичной медико-санитарной помощи практически исключают реализацию лечебного цикла с привлечением ресурсов семьи, а семейное консультирование и семейная психотерапия на практике так и не стали стандартом оказания помощи душевнобольному ребенку [10]. Одна из причин – кадровый дефицит специалистов, имеющих практические навыки работы с родителями маленького пациента и всей семьей в целом.

Цель статьи – представить практикующим специалистам последовательность шагов и конкретные приемы, которые могут быть использованы в консультировании семей с детьми, имеющими нарушения психического здоровья и/или развития.

Многие идеи и техники являются универсальными и могут применяться в детско-родительском психологическом консультировании. Положения статьи сформулированы на основе данных анализа и обобщения собственного клинического опыта работы (более 2500 семей). Исследуемые семьи дали согласие на обработку и использование персональных данных в научно-исследовательских целях.

Подготовка к первой встрече

В большинстве случаев семья записывается на прием к психологу/психотерапевту по телефону, но даже если семья направлена на консультацию лечащим врачом или комиссией по делам несовершеннолетних

и защите их прав, то до первичного визита есть промежуточный контакт со специалистом, диспетчером или регистратурой. Первый контакт с одним из членов семьи по телефону позволяет получить информацию, необходимую для построения предварительной гипотезы, заключить «контракт» на первую встречу (время, место, состав участников), выработать план первой сессии. Для этого уже при первичном контакте с семьей по телефону/при записи необходимо:

- собрать основную информацию, включающую имена членов семьи, их местонахождение и контактные данные;
- попросить вкратце описать проблему;
- определить круг лиц, проживающих вместе, а также других людей, вовлеченных в проблему (включая человека, направившего семью на консультацию).

При любых проблемах, в которые включены дети, – проблемах в детско-родительских отношениях (потеря контакта, уважения и доверия); проблемах, связанных непосредственно с самим ребенком (душевное заболевание, задержка в развитии, сложности в общении со сверстниками, воровство, суицидальное поведение и т.д.); проблемах во взаимоотношениях сиблингов (конфликты, драки, отсутствие контакта) – системные семейные психотерапевты приглашают обоих родителей на первую встречу [1, 5].

Во время первичного телефонного разговора важно сообщить обратившемуся члену семьи, что специалист будет работать со всей семьей. Для этого специалист (диспетчер, сотрудник регистратуры) должен уметь дать краткое представление о семейной психотерапии, объяснив необходимость участия других членов семьи, особенно пары родителей и тех членов семьи, которых непосредственно затрагивает симптоматика ребенка. Вовлечение в психотерапию отсутствующих, но желательных членов семьи, может опираться:

1) на убеждение активного/обратившегося члена семьи в необходимости приглашения на консультацию иных членов семьи, например маме ребенка можно объяснить целесообразность присутствия на занятиях отца задачей разделения ответственности за здоровье общего ребенка;

2) на прямое и однозначное указание на необходимость присутствия на консультации, например в случае, если отец «не верит» в пользу психологической работы, объяснив, что только от отца можно получить недостающую часть информации;

3) на личное обращение специалиста к отсутствующим членам семьи путем письма или телефонного звонка.

Если первичному контакту с семьей предшествовали звонок или заявка от специалиста, направившего семью к психологу/психотерапевту, то важно узнать о его понимании проблемы, о задачах и объеме требуемой помощи. Необходимо обсудить, каким образом направивший семью специалист (например, лечащий врач-психиатр) будет информирован о результатах работы.

На основе полученной в телефонном разговоре информации специалист начинает формировать рабочую гипотезу. Проще всего начать с определения стадии, на которой находится семья в своем жизненном цикле, и тех проблем и задач, которые могут в связи с этим перед ней стоять. В формировании гипотезы может помочь мнение человека, направившего семью, информация, полученная от звонившего члена семьи, и эмоциональный настрой этого разговора. Возникшие предположения помогут правильно подготовить помещение к работе с каждой конкретной семьей.

Для семейной консультации необходимо минимальное оснащение кабинета: 5-6 свободно перемещаемых стульев, чистый ковер на полу, бумага, карандаши, набор игрушек, маленький стол. Все остальные принадлежности будут соответствовать индивидуальному стилю и привычкам психотерапевта/психолога. В большинстве случаев психотерапевт и члены семьи располагаются напротив друг друга на стульях. Стулья для членов семьи расставляются полукругом так, чтобы участники психотерапии могли видеть сидящих рядом. Если в семье есть маленькие дети, дети с задержкой развития или душевным заболеванием специалисту нужно быть готовым сесть вместе с семьей на пол. Естественно, такая готовность должна быть обеспечена удобной одеждой и условиями помещения.

Структура первой и последующих сессий

1. Социальная фаза. А) Знакомство. Большинству семей с проблемным ребенком трудно «входить» в психотерапию, поэтому одна из задач данной фазы – знакомство с каждым членом семьи. Специалист приглашает семью сесть на заранее подготовленные стулья, представляется и предлагает представиться членам семьи с учетом их возраста по старшинству, затем знакомит с окружающей обстановкой и форматом сессии. Доброжелательная и спокойная атмосфера, которую с первых минут создает специалист, помогает членам семьи снизить уровень тревоги, напряжения и неловкости.

Б) Сбор первичной информации. После первого знакомства и обмена любезностями специалист подробно и уважительно расспрашивает о воз-

расте, образовании, социальной активности, составе семьи, бытовых условиях и увлечениях. В большинстве случаев именно этот фрагмент первой консультации дает психологу/психотерапевту информацию о структуре семейной системы.

В) Построение первичного контакта с членами семьи. Для формирования атмосферы доверия, поддержки и сотрудничества специалист уделяет внимание всем членам семьи, прикладывает усилия, чтобы вовлечь того из родителей, кто предьявляет дистантную или пассивную позицию. Можно использовать вопросы, адресованные всем и особенно наименее сотрудничающему члену семьи:

– Если вы, как говорите, ничего не хотите от консультации, в чем тогда цель прихода?

– Уж если вы все равно здесь, что было бы важно для вас сегодня обсудить?

Особое значение этот этап имеет в психотерапии семьи со слабой, отсутствующей мотивацией (например, в случаях консультирования в условиях детской психиатрической больницы, когда семейная психотерапия «прописана» врачом-психиатром) или семьи в отчаянье, с потерей надежды (например, в случаях консультирования детей-инвалидов вследствие душевного заболевания).

Естественно, социальная фаза первой встречи занимает больше времени, чем во всех последующих, однако сбор информации о том, как прошло время между сессиями и поддержание доверительного и безопасного контакта является необходимой частью любой консультации [7, 9, 11]. Можно использовать, например, такой вопрос:

Что произошло с нашей последней встречи, что удивило вас больше всего (за эту неделю)?

2. Проблемная фаза. А) Определение проблемы. Задачи этапа: собрать жалобы, исследовать взгляд каждого члена семьи на существующую проблему и на попытки ее решения. Обычно опрос начинается с наиболее дистантного взрослого. Специалист задает прямые и циркулярные вопросы, помогающие членам семьи прояснить свои поведенческие или эмоциональные реакции, и просит приводить примеры:

– Когда возникает симптоматическое поведение?

– Как часто это случается?

– Кто как реагирует?

– Где это происходит, а где нет?

На этом этапе консультации, спрашивая о недавних изменениях в семье (болезнь, смерть, женитьба, рождение детей, переход на другую работу и т. д.), психолог/психотерапевт воздерживается от интерпретаций и критики, подчеркивая важность вклада каждого члена семьи и отмечая разницу во мнениях.

Б) Исследование проблемы. На этом этапе создаются предпосылки возможности изменить у семьи восприятие проблемы/болезни ребенка и убедить членов семьи в том, что их помощь идентифицируемому пациенту необходима. В большинстве случаев близкие не допускают мысли, что своим поведением или реакциями на симптом могут вызывать проблему или закреплять симптоматическое поведение, но они практически никогда не отказываются помочь.

Полезно для определения места проблемного поведения/симптома в семейной системе задать вопросы об исключениях из проблемной ситуации, предпринятых попытках решения и истории симптоматического поведения, что позволяет исследовать проблему в разных плоскостях:

– Когда симптом появился? Кто заметил первым? Кто думает о симптоме как о серьезной проблеме/болезни, а кто не склонен придавать ему особого значения?

– Где, когда и с кем симптом не возникает или существенно слабее выражен?

– Кто из членов семьи знает о симптоме? Как каждый из них видит его и как реагирует?

– Что происходило в период появления проблемы (а не «почему она возникла?»)?

– Какие попытки решений были предприняты, кем и в каких ситуациях?

– В чем изменились взаимоотношения в семье по сравнению с тем, какими они были до кризиса?

– Есть ли в семье еще кто-нибудь с подобными проявлениями?

– Что случится в семье, если кризис будет продолжаться? Какими видятся взаимоотношения в будущем? Что может ситуацию ухудшить?

– Какое событие склонило семью к поиску помощи у специалиста? Обращалась ли семья раньше к специалистам и были ли госпитализации? Проходила ли семья или идентифицированный пациент ранее какое-либо лечение или коррекцию? С каким результатом?

Для исследования проблемы можно использовать различные техники, включая циркулярное интервью. В итоге проблема должна быть опре-

делена четко и конкретно (Кто? Что? Где и когда? Зачем, а не почему?), так, как она предъявляется семьей в данный момент.

В) Психодиагностика семьи. Семье может быть дано диагностическое задание: тест Олсона, семейная социограмма и мн. др. В ряде случаев требуются специальные процедуры для уточнения структурных особенностей, коммуникативных характеристик и истории семьи с больным ребенком. Многообразие существующих тестов и опросников позволяет решить задачи психодиагностики семьи.

Г) Прояснение целей психотерапии. Этот этап посвящен проявлению потребностей, запроса, ожиданий и взглядов каждого из членов семьи в отношении целей психотерапии. Запросом в семейном консультировании называется желание семьи в удовлетворении потребностей, в том числе потребности в изменениях, которое семья планирует осуществить в сотрудничестве именно с тем специалистом, к которому она обратилась за помощью. Эту связь важно понимать с самого начала, так как, с одной стороны, семья при обращении к другому психологу/психотерапевту или в другое время может озвучить иначе свои потребности или возможности в продвижении к изменениям, а с другой – вклад специалиста в формирование отношений сотрудничества с семьей психически больного ребенка не менее важен.

На этом этапе консультации каждый участник психотерапии формулирует в позитивном ключе конкретные изменения, которых он хотел бы достичь, замечая сходства и различия в высказываемых позициях. Для решения задачи дифференциации мнений и позиций не только на этом этапе, но и на последующих, можно использовать вопросы различных типов.

1) Вопросы «классифицирующие» (в первую очередь они ориентированы на то, чтобы увидеть различия во взглядах членов семьи):

– Кто в семье больше всех тревожится, когда Валентина уходит из дома? Кто меньше всех?

2) «Процентные» вопросы (с их помощью можно дифференцировать идеи, настроения, концепции, взгляды на болезнь, мнения или проявлять амбивалентные позиции):

– Если в сердце Вашей жены существуют две тенденции: расстаться с вами или остаться, сколько процентов сердца отдается одной тенденции, а сколько – другой?

3) Вопросы для прояснения коалиций – «Кто с кем?». Ключевым вопросом для этой группы является вопрос «видите ли вы эту проблему также или по-другому?»:

– Папа считает тебя по-прежнему маленьким. Ты смотришь на этот вопрос так же или считаешь, как и мама, что ты уже вырос?

Для описываемого этапа уместными являются вопросы о том, что нравится делать вместе и чего не хотелось бы менять. Этап может быть трансформирован в домашнее задание, например члены семьи желаемые изменения изобразят на рисунке.

Надо иметь в виду, что не каждая семья может самостоятельно назвать свои ожидания и потребности, а формулировка запроса в семейной психотерапии не является самоцелью. В случаях консультирования семьи с проблемным ребенком и ребенком-инвалидом вследствие психического расстройства не всегда имеет смысл спрашивать о запросе, так как само по себе обращение родителей за помощью уже означает их потребность в поддержке. Специалисту остается уточнить, какого рода поддержка актуальна для семьи именно сейчас, и интегрировать разные ответы, полученные от родителей, больного ребенка и его сиблингов, в общую задачу для всей семьи. На второй и последующих встречах удельный вес этой фазы небольшой, однако корректировка ожиданий и потребностей семьи происходит на каждой встрече.

3. Построение (уточнение или переформулирование) системной гипотезы. Формирование гипотезы – один из ключевых моментов в ходе психотерапевтической работы в системном подходе. Системная гипотеза строится на основе циркулярной логики, включает всех членов семьи, помогает упорядочить лавину информации от семьи и часто отвечает на вопрос: «ЗАЧЕМ этой семье нужна эта проблема/симптом именно сейчас?». Выделяют 4 основные задачи, которые решаются с помощью построения гипотезы:

1) «упорядочивание» терапевтического процесса. Гипотеза становится своеобразным фильтром для информации в ходе сессии, она определяет направление мысли консультанта и, следовательно, вопросы, которые задаются семье, и интервенции, используемые в процессе работы. Выдвигая одну или несколько гипотез, психолог/психотерапевт организует свою работу, отсутствие гипотезы вызывает хаотичность действий специалиста;

2) «возбуждение инициативы». Гипотезы, конструируя из известных семье фактов новую реальность, рожают понимание семьей происходящего. Следовательно, новое видение открывает для семьи возможности новых способов совладания с ситуацией, приведшей их на прием. Переход к определению проблемы на уровне системы, демонстрация семье системного контекста происходящего переключает внимание семьи с чувства ви-

ны, страха или обвинений в адрес больного ребенка (идентифицированно-го пациента) на межличностную динамику. Непривычное восприятие проблемы дает возможность семье совместно со специалистом формировать шаги по изменению проблемного поведения;

3) «сотрудничество с семьей». Устоявшиеся в семье паттерны, даже если эти паттерны неэффективны или приводят к симптоматическому поведению, дают семье ощущение предсказуемости развития событий. Семья долгое время «ходит по кругу», а уход от этого неэффективного, но привычного «круга» и движение в сторону изменений бывают небезопасны для семьи. Если та гипотеза, которую принял психотерапевт, является слишком далекой от возможностей и потребностей семьи, то сотрудничество семьи и специалиста затруднено (во многих направлениях психотерапии в такой ситуации говорят о сопротивлении). Чем больше гипотез – тем больше возможностей для поиска решений, близких опыту семьи, не вызывающих затруднений и облегчающих сотрудничество;

4) «сохранение нейтральности». Разнообразие гипотез позволяет психологу/психотерапевту сохранять нейтральность. Сама идея о том, что гипотез может быть множество, ставит специалиста в более нейтральную позицию, позволяет обратить внимание на тот факт, что гипотеза – лишь одно из видений, которое может подойти или нет консультируемой семье.

Помогает построить гипотезу наблюдение за семейными паттернами, связанными с симптоматическим поведением ребенка, которые специалист может актуализировать, конструируя задания для семьи. Для этого можно предложить двум членам семьи обсудить проблему между собой, повернувшись лицом друг к другу; проиграть проблемную ситуацию с помощью техники «дочки-матери»; совершить совместное действие, например построить «соломенную башню» [7] и т. д. Специалист внимательно наблюдает за всеми семейными интеракциями, замечая повторяющееся поведение.

Для формирования системной гипотезы необходимо:

А) определить: кто включен в проблему? С точки зрения теории систем, это вопрос философский, так как каждый человек является частью многих систем и многое зависит от ракурса рассмотрения проблемы (см. п. Б). Следует помнить, что в проблему могут быть включены не только члены ядерной или расширенной семьи, но и члены семейной системы (например, крестная или няня), а также посторонние люди – учителя (которые ругают родителей за поведение ребенка), соседи (вызывающие милицию, когда ссора становится слишком громкой), общественные институты (органы опеки) и т. д.;

Б) выбрать уровень системы для анализа и выдвижения гипотезы. В фокусе рассмотрения одной и той же проблемы может быть различный состав участников. Приведенная ниже циркулярная последовательность описана по-разному: с участием двух или 3-4 человек.

Вариант 1. Мать ребенка грубо ругает отца ребенка за недостаточную «включенность в воспитание», отец во время конфликта еще больше отстраняется. Чем больше мать ребенка контролирует и обесценивает отца, тем больше он дистанцируется, чем больше он отстраняется, тем больше мать ребенка его ругает, контролирует и обесценивает. Круг замыкается.

Вариант 2. Мать ребенка ругает отца ребенка – отец отдаляется от семьи и чаще начинает ездить к своей маме (бабушке) – бабушка, стремясь позаботиться о своем сыне (кстати, дистанцируясь при этом от своего мужа, что тоже может иметь свой системный смысл), тем самым «отправляет» сообщение матери ребенка о ее неспособности заботиться о семье – мать начинает с удвоенной силой заботиться о ребенке и ругает отца за недостаточную «включенность в воспитание». Круг замыкается.

Чем больше участников может быть включено в систему, тем больше возможностей для системного видения, диагностики и применения широкого диапазона интервенций;

В) выделить из описываемых событий: что будет обозначено как симптом, а какие проявления – реакция на симптом. Для этого важно выбрать «точку отсчета», так как симптом и реакция на него могут во времени меняться местами, что очевидно создает трудности в определении.

В качестве иллюстрации этой идеи рассмотрим историю семьи, состоящей из трех человек: матери, отца и ребенка 6 лет с ночным недержанием мочи. Родители иногда пропускают время ночного мочеиспускания, и ребенок спит мокрым до утра. Бабушка по линии матери, считающая, что родители «пустили ситуацию на самотек», переезжает из деревни и поселяется в комнате внука. Через некоторое время в родительской паре нарастают конфликты по поводу «тещи». В предразводном состоянии семья обращается за помощью к специалисту. Что в этом случае является симптомом, а что реакцией? Конфликты родителей? Вмешательство прародителей? Или энурез ребенка, который запустил такие реакции ближайшего окружения? А может быть, энурез уже был реакцией на супружескую дисфункцию? Специалисту нужно остановиться. Помогает этому «точка отсчета». Например, энурез = симптом, тогда все, что произошло потом – часть видимых или предъявляемых семьей реакций на симптом. Под этим

углом зрения специалист собирает дальнейшую информацию, чтобы построить циркулярную последовательность;

Г) выделить циркулярную последовательность (или проблемный стереотип) происходящих в семье событий или действий членов семьи, связанных с жалобами семьи и предьявляемой проблемой:

– Когда папа делает тебе замечание и ты не поворачиваешься к нему лицом, что в это время делает твоя мама? А бабушка?

– А что происходит потом? Что в это время делает мама? А бабушка?

– А затем? Когда мама встает между тобой и отцом, что тогда делает бабушка?

– Что после этого?..

Подобные уточняющие вопросы задаются до тех пор, пока не прояснится смысл симптоматического поведения;

Д) определить механизм, поддерживающий проблему и объединяющий позитивный смысл симптома со страданием от него. Именно циркулярная последовательность обеспечивает баланс между законом гомеостаза и законом развития. За счет того, что часть последовательности (или круга) «обслуживает» один закон, а вторая часть – другой, происходит эффект «изменений без изменений». Полезно проследить, в какой части круга симптом звучит, а в какой – нет. Классическим ходом системного психотерапевта является рисунок круга с очерчиванием его части или половины, включающей симптом и возможные позитивные изменения в системе (или вторичную «пользу» симптома).

В качестве иллюстрации рассмотрим с точки зрения положительных изменений в системе или вторичной «пользы» случай семьи с 14-летним подростком, который был неоднократно госпитализирован в детскую психиатрическую больницу по поводу синдрома уходов и бродяжничества. Во время консультации было установлено, что уходы из дома и бродяжничество сына-подростка:

– «возвращают» отца с периферии семьи, повышая его компетентность, авторитет и власть в семье;

– обеспечивают его включенность в актуальные переживания матери (супруги);

– служат почвой для объединения супругов (хотя бы для поиска сына);

– укрепляют детскую подсистему (сестра разыскивает брата у его друзей);

– подтверждают необходимость матери заниматься только семьей и не трудоустраиваться (сохранение стадии жизненного цикла);

– обеспечивают реализацию потребности подростка в сепарации (увеличивается дистанция с родителями).

Все перечисленное происходит в той части круга, которая связана с уходами мальчика из дома, и могло бы быть названо «Вторичная “польза” симптома». (О второй половине круга см. ниже.);

Е) высказать членам семьи свою гипотезу в виде суждения об организме/системе в целом, включая в него максимальное число участников семейной системы, стараясь совместить в своем суждении добрые/позитивные намерения с непредвиденными отрицательными последствиями или страдания от проблемы с ее положительными «побочными» эффектами.

Знание системных механизмов формирования и закрепления симптоматики не является гарантией того, что семья поймет и разделит идеи специалиста. Умение высказать семье свою системную гипотезу требует от специалиста способности говорить на языке, понятном семье, учитывать актуальное состояние клиентов и выбирать уместные интонации. Начинаящим специалистам необходимо иметь хорошо сформулированную, логичную и аргументированную идею прежде, чем высказывать ее семье, следуя правилу: «Кто ясно мыслит – ясно излагает»;

Ж) заметить, принимает ли семья системные суждения. На этом этапе важны вербальные и невербальные ответные сигналы от семьи. Нередко имеет смысл задать уточняющие вопросы о том, насколько понятны, новы, интересны и «возбуждают инициативу» предположения или обобщения психотерапевта. Часто бывает, что специалист сталкивается с неприятием или отклонением семьей предлагаемой гипотезы.

Например, ребенок просится в кровать к родителям, испытывая страх темноты. Специалист описывает положительные «побочные» эффекты и предлагает иное видение проблемного поведения ребенка.

Психотерапевт: Предполагаю, что вы тем самым избегаете интимной близости. Есть ли у вас возможность проводить время без ребенка, наслаждаясь обществом друг друга?

Супруги: Какое это имеет отношение к проблеме, мы любим друг друга и пришли к вам с проблемой ребенка!

Какую ошибку совершил психолог? Вероятно, с целью «возбуждения инициативы» он правильно определил симптом, как поведение, позволяющее избегать супругам интимной близости, и поставил под сомнение равновесие в паре (которое обеспечивается дистанцией, регулируемой симптомом). Однако, возможно, действия специалиста были слишком

стремительны и, следовательно, небезопасны для семьи. Быть может, специалист не учел, что в семье существует миф «все ради детей», и в этой парадигме «правильным» для семьи является «не отказывать ребенку». Тогда выдвинутая гипотеза ставит под сомнение представления и мировоззрение семьи: «все ради детей, и, следовательно, спасение ребенка от страхов в супружеской кровати нужно для блага ребенка». Естественно, гипотеза, сформулированная психологом в таком виде, который был описан выше, была отвергнута семьей.

В случаях, когда семья не принимает гипотезу, выдвинутую специалистом, необходимо уточнить и переформулировать гипотезу или предложить новую. Если семья отклоняет системные определения психотерапевта, он должен еще раз обдумать ответы на следующие вопросы:

– Понимает ли семья мое определение происходящего?

– Не пропустил ли я ведущую потребность семьи и иное, что значимо для семьи?

– Определение вызвало сопротивление потому, что оно не соответствует семейным переживаниям, пугает семью, слишком далеко от их «зоны ближайшего развития» или игнорирует переживания, значимые для семьи?

– Что именно не принимается/пугает семью в этом определении?

– Можно ли сформулировать это определение по-другому?

Обсуждение с семьей системной гипотезы – важный элемент семейного консультирования. От специалиста требуется умение рассказать и объяснить на языке, понятном семье, те особенности функционирования и циркулярные последовательности (цикл взаимодействия), которые были замечены в ходе встречи. Семейные психологи/психотерапевты, работающие в классической модели системного консультирования, на этом этапе уже используют позитивное переформулирование проблемной ситуации и готовят «почву» для парадоксального предписания. Особые сложности вызывает этот этап в случаях консультирования семьи с проблемным ребенком, если родители ждут только диагноза и готовы переложить на специалиста всю ответственность за процесс и результат коррекции. Новая информация, полученная в ходе второй и последующих встреч с семьей, позволяет изменить или уточнить первоначальную гипотезу, а также подготовиться к следующей сессии.

Обратная связь от членов семьи служит ориентиром для дальнейшего движения специалиста.

4. Фаза терапевтических интервенций. Если семья принимает системные определения специалиста, то следует обеспечить проверку и про-

движение гипотезы в терапевтических интервенциях. Можно вернуться к кругу, описанному в пункте Д), и организовать эти же плюсы в другой части круга, т. е. где нет симптома. Специалист привносит в семью те же плюсы, что и вторичная «польза» симптома, но по-другому, с помощью заданий, например, на увеличение зоны совместного комфорта в родительской паре, на снижение тревоги при колебаниях дистанции, на укрепление sibлинговой подсистемы и других. Однако интервенции должны быть (так же как и симптом) успешны в сохранении баланса и доступны для семьи в зоне ее «ближайшего развития» (маловероятно, что будет успешно выполнено задание родителям оставлять дома одного ребенка 6 лет с синдромом дефицита внимания).

Определение дальнейших действий – результат совместных усилий семьи и психотерапевта. Настаивание на своей точке зрения психотерапевтом часто вызывает повышение сопротивления (например, неявку на сессию), а также демонстрирует неуважение к компетентности семьи в решении их семейной ситуации, повышает экспертность, не уместную в данном случае директивность психотерапевта, снижает уровень сотрудничества и ответственность со стороны семьи.

Позитивное переформулирование и парадоксальное предписание, конструирование нового опыта для семьи в режиме «здесь и сейчас» на сессии и анализ сопротивления (и многое другое) позволяют не только проверить гипотезу, но и сделать шаг в сторону решения проблемы. Нередко фаза интервенции завершается домашним заданием для закрепления полученных навыков, формирования новых семейных правил или приобретения семьей свежего позитивного эмоционально-корректирующего опыта.

5. Заключение (перезаключение) «терапевтического контракта». Эта фаза требует достижения соглашений относительно структуры, процесса и результата работы, т. е. обе стороны договариваются о том, что на выходе будет обозначено как качество предоставляемой помощи. На этом этапе специалисту необходимо озвучить, как он понял значимые потребности семьи и мотивацию к изменениям, подчеркивая инициативу семьи в выборе дальнейших действий: «Что вы думаете о продолжении?». Если семья выбирает прекращение психотерапии, можно предложить другого семейного психолога/психотерапевта, смежного специалиста (нейропсихолога, врача-психиатра, дефектолога) или иные способы коррекционного вмешательства (детско-родительские группы, психологическое сопровождение семьи). Если семья выбрала продолжение занятий, обговаривается время и

место следующей встречи, частота и общее количество занятий, состав участников, необходимость выполнения домашних заданий/предписаний.

6. Оценка произошедшего во время консультации. А) На этом этапе происходит обсуждение с ко-терапевтом или супервизором качества процесса и результата сессии, просмотр видеозаписи консультации (если велась) или оценка работы специалистом самостоятельно. Специалисту полезно дать ответы на следующие вопросы:

- удалось ли установить контакт с каждым членом семьи;
- создать атмосферу уважения и поддержки;
- утвердить свое руководство и структурировать встречу;
- наладить рабочие взаимоотношения с семьей и заключить взаимоприемлемый контракт;
- понять ведущую потребность и продвинуться в решении проблемы;
- сформировать у семьи мотивацию на продолжение занятий и решение проблемы;
- сохранить контакт с ко-терапевтом на протяжении всей встречи, собственную нейтральность и продуктивное состояние.

Б) Заполнение отчетной документации.

В) Контакт со специалистом, направившим семью. Это необходимый шаг, целью которого является создание основы для дальнейшего сотрудничества. Следует сообщить о состоявшейся встрече и заключенном с семьей «контракте», дать краткое заключение о семье и ее проблеме. Объем информации, которым вы можете поделиться, целесообразно предварительно обсудить с ко-терапевтом или супервизором, но в любом случае передача данных о семье должна соответствовать принципам конфиденциальности, профессиональной этики и действующему законодательству РФ.

7. Сбор дополнительной информации. Существует множество дополнительных возможностей по сбору информации, полезной для планирования дальнейших действий. Например, можно ознакомиться с выписками из истории болезни, получить информацию из школы, интерната, других социальных институтов.

Заключение

Предложенные конкретные инструменты и алгоритм действий специалиста при консультировании семьи с психически больным ребенком могут способствовать непрерывному профессиональному образованию в области семейной психологии и системного мышления врачей, среднего медицинского персонала, клинического психолога и специалиста по соци-

альной работе и призваны сформировать профессиональные компетенции и мировоззрение, ориентированные на включение родителей/законных представителей в организацию и обеспечение качественной медицинской помощью психически больного ребенка.

Литература

1. Бебчук М., Жуйкова Е. Помощь семье: психология решений и перемен. – М. : Класс, 2015. – 312 с.
2. Гаврилова Е.К., Шевченко В.А., Загиев В.В., Шмуклер А.Б. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации. – Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 4. – С. 10–14.
3. Головина А.Г. Семья больного шизофренией: обзор. – Семейная психология и психотерапия. – 2004. – № 2. – С. 3–17.
4. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами. – Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – № 3. – С. 5–9.
5. Навайтис У. Семья в психологической консультации. – Воронеж : НПО Модэк, 1999. – 224 с.
6. Петров Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клинико-психиатрическое исследование) : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 2012. – 50 с.
7. Пэпп П. Семейная терапия и ее парадоксы / пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – 288 с.
8. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. Оценка качества психиатрической помощи: технология социологического опроса пациентов, членов их семей, работников психиатрических учреждений: метод. пособие. – М. : МАКС Пресс, 2014. – 80 с.
9. Файн С., Глассер П. Первичная консультация: Установление контакта и завоевание доверия. – М. : Когито-центр, 2003. – 238 с.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Назыров Р.К. [и др.]. Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь : метод. рекомендации. – СПб., 2014. – 24 с.
11. Weber T., McKeever J.E., McDaniel S.H. Beginner's Guide to the Problem-Oriented First Family Interview // Family Process. – 1985. – Vol. 24. – P. 357–364.

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

Поступила 11.06.2016.

Для цитирования. Бебчук М.А. Организация процесса семейной психотерапии душевнобольного ребенка: от записи на прием к системной гипотезе и оценке качества // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 58 (63). – С. 7–24.

**ORGANIZATION OF FAMILY THERAPY PROCESS FOR CHILD WITH MENTAL
DISORDER: FROM APPOINTMENT PROCEDURES TO THE SYSTEM HYPOTHESIS
AND QUALITY ASSESSMENT**

Bebchuk M.A.

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

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

Abstract. Implementation in child psychiatry biopsychosocial model is intended to include family counseling and psychotherapy into the action for correction of the child's mental state. The lack of competencies in educational standards of higher and additional professional education for working with parents of children with mental disorders and their families in general, constitutes an obstacle to use of family resources in the treatment of child with mental disorder. An article reflects the data analysis and conclusions of clinical experience with more than 2500 families. The article provides practical techniques and sequence of specific steps to advise the family with problem child. Preparations for the first meeting with the family including the equipment facilities for work are described. The structure of the first and subsequent consultations, social and problematic phase, construction (clarification or reformulation) system hypothesis, the phase of therapeutic intervention, the conclusion (renewal) "therapeutic contract", assessment of what happened during the consultation, the collection of additional information. Building a relationship of trust with the family and involvement in class unmotivated family members - important task of social phase. The main tasks to be solved by constructing a hypothesis - the formation of a partnership with family and preservation of specialist's neutral position. Discussion with family of system hypothesis is an important element of family counseling. From the professional skill required to explain in plain language the family functioning and features of circular sequence (interaction cycle) that were identified during the consultation, as well as taking into account the current state of the customer and to choose appropriate intonation. At the end of each consultation comes to a discussion with co-therapist or supervisor on issues on quality process and outcomes of the session, view the video consultation (if conducted), or assessment/feedback of the work of specialists. The provisions of article are illustrated with clinical examples and dialogues family members with a specialist.

Keywords: family therapy process, session structure, systemic hypothesis, child with mental disorder, quality of care estimation.

References

1. Bebchuk M., Zhuikova E. Pomoshch' sem'e: psikhologiya reshenii i premen [Family support: the psychology of decisions and changes]. Moskva. 2015. 312 p. (In Russ.)
2. Gavrilova E.K., Shevchenko V.A., Zagiev V.V., Shmukler A.B. Kliniko-sotsial'nye kharakteristiki bol'nykh shizofreniei i rasstroistvami shizofrenicheskogo

spektra i zadachi po ikh psikhosotsial'noi terapii i reabilitatsii [Clinical and social characteristics of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders and psychosocial issues in their treatment and rehabilitation]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2006. № 4. Pp. 10–14. (In Russ.)

3. Golovina A.G. Sem'ya bol'nogo shizofreniei: obzor [Schizophrenic patient's family (Overview)]. *Semeinaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Family psychology and psychotherapy]. 2004. N 2. Pp. 3–17. (In Russ.)

4. Koren' E.V. K razrabotke kontseptual'noi modeli psikhosotsial'noi reabilitatsii detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami [For development a conceptual model of psychosocial rehabilitation of children and adolescents with mental disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2011. N 3. Pp. 5–9. (In Russ.)

5. Navaitis U. Sem'ya v psikhologicheskoi konsul'tatsii [Family in psychological counseling]. Voronezh. 1999. 224 p. (In Russ.)

6. Petrov D.S. Rol' sem'i v lechenii i reabilitatsii lits s psikhicheskimi rasstroistvami (kompleksnoe mediko-sotsial'noe i kliniko-psikhiiatricheskoe issledovanie) [The role of the family in the treatment and rehabilitation of persons with mental disorders (complex medico-social and clinical psychiatric research)]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2012. 50 p. (In Russ.)

7. Peggy P. Semeinaya terapiya i ee paradoksy [The progress of change]. Moskva. 1998. 288 p. (In Russ.)

8. Solokhina T.A., Yastrebov V.S., Shevchenko L.S. Otsenka kachestva psikhiiatricheskoi pomoshchi: tekhnologiya sotsiologicheskogo oprosa patsientov, chlenov ikh semei, rabotnikov psikhiiatricheskikh uchrezhdenii [Evaluation of the quality of mental health care: the technology of a sociological survey of patients, their families, mental health workers]. Moskva. 2014. 80 p. (In Russ.)

9. Fain S., Glasser P. Pervichnaya konsul'tatsiya: ustanovlenie kontakta i zavoevanie doveriya [Initial consultation: establishing contacts and gain confidence]. Moskva. 2003. 238 p. (In Russ.)

10. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Nazyrov R.K. [et al.]. Psikhokorrekttsionnye i psikhoterapevticheskie meropriyatiya v uchrezhdeniyakh, okazyvayushchikh psikhiiatricheskuyu pomoshch' [Psycho-correctional and therapeutic activities in institutions providing psychiatric care]. Sankt-Peterburg. 2014. 24 p. (In Russ.)

11. Weber T., Mckeever J.E., Mcdaniel S.H. Beginner's Guide to the Problem-Oriented First Family Interview. *Family Process*. 1985. Vol. 24. Pp. 357–364.

Received 11.06.2016

For citing. Bebhuk M.A. Organizatsiya processa semejnoi psihoterapii dushevnobol'nogo rebenka: ot zapisi na priem k sistemnoj gipoteze i ocenke kachestva. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 58. Pp. 8–24. (In Russ)

Bebhuk M.A. Organization of family therapy process for child with mental disorder: from appointment procedures to the system hypothesis and quality assessment. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 58. Pp. 8–24.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.89 А.А. Кукшина, А.В. Котельникова, Г.А. Ткаченко

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

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

Заболевания, сопровождающиеся нарушением двигательных функций, часто имеют психосоматический генез. Целью исследования являлось изучение особенностей психического состояния больных с нарушением двигательных функций с учетом их половозрастных характеристик. В исследование было включено 336 пациентов. Их текущее психическое состояние диагностировалось с помощью опросника SCL-90-R. В результате исследования выявлено повышение показателей по шкалам «соматизация» и «обсессивность–компульсивность», снижение по шкалам «межличностной сензитивности», «враждебности», «паранойальности» и «психотизма». Также установлена взаимосвязь психического состояния больных с нарушением двигательных функций с их полом и возрастом. У женщин оказались выше, чем у мужчин, показатели по шкалам «депрессивность», «тревожность», «фобическая тревожность», «соматизация». У женщин пожилого возраста выявлены более высокие показатели по шкале «депрессивность».

Ключевые слова: клиническая психология, психопатология, нарушения двигательных функций, психическое состояние, психодиагностика, опросник SCL-90-R.

Кукшина Анастасия Алексеевна – канд. мед. наук, зав. лаб. мед. психологии и психотерапии Моск. науч.-практ. центра мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53); e-mail: kukshina@list.ru;

Котельникова Анастасия Владимировна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаб. мед. психологии и психотерапии Моск. науч.-практ. центра мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53); e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru;

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог Науч.-исслед. ин-та клинич. онкологии Рос. онкол. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 23); e-mail: mitg71@mail.ru.

Введение

Актуальность изучения проблемы психологической составляющей нарушения двигательных функций обусловлена прежде всего распространенностью (порядка 45 % населения развитых стран) двигательных нарушений, высокой обращаемостью за медицинской помощью (вторая по частоте после респираторных заболеваний) [1, 4] и высокой степенью как временной нетрудоспособности, так и инвалидизации лиц трудоспособного возраста [1, 9].

Страдание больных в данном случае обусловлено невозможностью полноценно реализовать одну из основных потребностей живого организма – потребность в движении, а следовательно, невозможностью осознавать себя благополучным членом социума. Болезнь нарушает трудоспособность, значительно снижает общий уровень функционирования, лишает индивида возможности справляться с привычными повседневными задачами, сопровождается чувствами бессилия и беспомощности [5]. В настоящее время заболевания, сопровождающиеся нарушением двигательных функций, рассматриваются как имеющие значимую психосоматическую составляющую [2, 3]. Это объяснимо ответственностью церебральных структур как за координацию мышечной активности, формирование двигательного паттерна, так и за включение стрессовой реакции в виде активизации симпатoadреналовой системы в ответ на психический стресс.

В рамках психосоматического подхода к взаимодействию личности и болезни в настоящий момент накоплены многочисленные данные междисциплинарных исследований, свидетельствующие о существенной роли психического состояния в развитии и течении соматических заболеваний [6, 7].

Цель исследования – изучить особенности психического состояния больных с нарушением двигательных функций с учетом их половозрастных характеристик.

Материал и методы

Обследовали 336 пациентов, находившихся на лечении в клинике восстановительного лечения (филиале № 3 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины). В зависимости от характера заболевания больных распределили на группы:

– 1-я – 178 больных с двигательными нарушениями в результате острого нарушения мозгового кровообращения (169 по МКБ-10). Женщин было 102 (57,3 %), мужчин – 76 (42,7 %), средний возраст – $(58,0 \pm 11,9)$ года;

– 2-я – 105 больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (M42, M50–54 по МКБ-10). Женщин было 59 (56,1 %), мужчин – 46 (43,9 %), средний возраст – $(56,0 \pm 11,8)$ года;

– 3-я – 53 больных с ревматоидными поражениями суставов (M05–14, M16, M17 по МКБ-10). Женщин было 38 (71,7 %), мужчин – 15 (28,3 %), средний возраст – $(58,0 \pm 8,1)$ года.

Группы статистически достоверно не различались по возрастному ($p = 0,23$) и гендерному ($p = 0,08$) составу.

Текущее психическое состояние больных с нарушением двигательных функций диагностировали в срок до 3 сут с момента поступления в стационар с помощью опросника SCL-90-R [8]. Перед началом обследования с каждым больным проводили индивидуальную беседу, в ходе которой разъяснялись цели и задачи предстоящей процедуры, получали добровольное информированное согласие. Принявшим участие в исследовании больным предлагали оценить степень своего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели в рамках 5-балльной шкалы Лайкерта от «совсем не беспокоит» до «очень сильно беспокоит». Оценка и интерпретация результатов производилась по 9 основным субшкалам, которые объединяют следующие группы симптомов:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- в качестве интегрального показателя рассматривался общий индекс тяжести текущего дистресса.

Математико-статистическую обработку данных проводили в программном пакете Statistica 10.0. Она включала проверку соответствия распределения полученных данных нормальному, анализ значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для несвязанных выборок по критериям Манна–Уитни и Крускала–Уоллиса, корреляционный анализ по Спирмену. Обнаруженные связи и различия считали достоверными при достижении $p \leq 0,05$.

Результаты и их анализ

На *первом этапе* работы был проведен сравнительный анализ текущего психического состояния обследованных больных в контексте различных нозологических групп. Использовался критерий Крускала–Уоллиса. Результаты представлены в табл. 1.

Как следует из представленных в табл. 1 данных, статистически достоверных различий в текущем психическом состоянии больных с двигательными нарушениями различной нозологии по критерию Крускала–Уоллиса не выявлено. При этом сопоставление средних значений степени выраженности отдельных психопатологических симптомов (субшкал SCL-

90-R) с условно-нормативными данными [8] позволяет заключить, что текущее психическое состояние больных с нарушением двигательных функций при поступлении в стационар восстановительного лечения характеризуется рядом особенностей. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 1

Текущее психическое состояние по данным опросника SCL-90-R у больных с нарушением двигательных функций, ($M \pm \sigma$) балл

Показатель опросника SCL-90-R	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Соматизация	1,1 ± 0,8	1,2 ± 0,6	1,2 ± 0,8
Обсессивность–компульсивность	0,9 ± 0,7	0,8 ± 0,6	0,8 ± 0,6
Межличностная сензитивность	0,6 ± 0,6	0,7 ± 0,6	0,6 ± 0,6
Депрессивность	0,8 ± 0,6	0,6 ± 0,6	0,7 ± 0,5
Тревожность	0,6 ± 0,6	0,5 ± 0,6	0,6 ± 0,6
Враждебность	0,4 ± 0,5	0,4 ± 0,4	0,5 ± 0,5
Фобическая тревожность	0,5 ± 0,6	0,3 ± 0,4	0,3 ± 0,4
Паранойальность	0,5 ± 0,6	0,5 ± 0,5	0,5 ± 0,6
Психотизм	0,3 ± 0,4	0,3 ± 0,4	0,3 ± 0,4
Общий индекс тяжести текущего дистресса	0,7 ± 0,5	0,7 ± 0,5	0,7 ± 0,5

Таблица 2

Текущее психическое состояние по данным опросника SCL-90-R у больных с нарушением двигательных функций и нормативной группы, ($M \pm \sigma$) балл

Показатель опросника SCL-90-R	Общая группа больных	Норма [8] (n = 1466)	p <
Соматизация	1,1 ± 0,7	0,7 ± 0,7	0,001
Обсессивность–компульсивность	0,9 ± 0,7	0,8 ± 0,6	0,01
Межличностная сензитивность	0,6 ± 0,6	0,8 ± 0,6	0,001
Депрессивность	0,7 ± 0,6	0,7 ± 0,6	
Тревожность	0,6 ± 0,6	0,6 ± 0,6	
Враждебность	0,4 ± 0,5	0,7 ± 0,7	0,001
Фобическая тревожность	0,4 ± 0,5	0,4 ± 0,5	
Паранойальность	0,5 ± 0,6	0,7 ± 0,6	0,001
Психотизм	0,3 ± 0,4	0,4 ± 0,5	0,005
Общий индекс тяжести текущего дистресса	0,7 ± 0,5	0,6 ± 0,5	

Как видно из табл. 2, текущее психическое состояние больных с нарушением функции движения отличается от нормы превышением показателя

телей по субшкалам «соматизация» и «обсессивность–компульсивность» опросника SCL-90-R, что позволяет рассуждать о специфическом влиянии болезни на психическое состояние. Ограничения одной из основных жизненных функций, двигательной, вне зависимости от нозологии, сопровождается дистрессом, вытекающим прежде всего из ощущения телесной дисфункции, потери контроля, чувства беспомощности и бессилия.

Достоверное снижение показателей субшкал «межличностная чувствительность», «враждебность», «паранойальность» и «психотизм» опросника SCL-90-R обследованной выборки по сравнению с нормой может быть истолковано как положительный эмоциональный настрой больных на лечение, стремление сотрудничать и доверять профессионализму врачей.

Задачей *второго этапа* работы стало более детальное изучение структуры текущего психического состояния обследованных больных с учетом их пола и возраста.

Анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологических симптомов, по данным опросника SCL-90-R, у мужчин и женщин обследованной выборки производился с использованием критерия Манна–Уитни. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Текущее психическое состояние по данным опросника SCL-90-R у мужчин и женщин с нарушением двигательных функций, ($M \pm \sigma$) балл

	Мужчины (n = 137)	Женщины (n = 199)	p <
Соматизация	0,9 ± 0,6	1,3 ± 0,8	0,001
Обсессивность–компульсивность	0,8 ± 0,6	0,9 ± 0,7	
Межличностная чувствительность	0,6 ± 0,5	0,7 ± 0,7	
Депрессивность	0,6 ± 0,6	0,8 ± 0,6	0,01
Тревожность	0,5 ± 0,5	0,6 ± 0,6	0,001
Враждебность	0,5 ± 0,5	0,4 ± 0,5	
Фобическая тревожность	0,3 ± 0,4	0,4 ± 0,6	0,05
Паранойальность	0,5 ± 0,6	0,5 ± 0,6	
Психотизм	0,3 ± 0,4	0,4 ± 0,4	
Общий индекс тяжести текущего дистресса	0,6 ± 0,5	0,7 ± 0,5	0,01

Как видно из табл. 3, текущее психическое состояние мужчин и женщин с нарушением двигательных функций при поступлении в стационар восстановительного лечения отличается по ряду субшкал опросника SCL-90-R: общий уровень текущего дистресса у женщин выше, наблюда-

ется также достоверное повышение показателей шкал тревожного регистра («депрессивность», «тревожность», «фобическая тревожность») и шкалы «соматизация». При этом при сопоставлении полученных у женщин данных с общепопуляционными нормами обращает на себя внимание выраженность истинно депрессивных расстройств, что проявляется достоверно высокими показателями по шкале «депрессивность» ($p < 0,05$).

При исследовании роли переменной «возраст» в текущем психическом состоянии обследованных больных использовался корреляционный анализ по Спирмену. Была выявлена статистически достоверная положительная связь очень низкой величины возраста и уровня выраженности соматизации ($r = 0,13$; $p = 0,02$), то есть психическое состояние пожилых больных с нарушением двигательных функций характеризуется высоким уровнем дистресса, соотносящегося с ощущением телесной дисфункции, соматическими эквивалентами тревожности. Графическая иллюстрация описанного результата представлена на рис. 1.

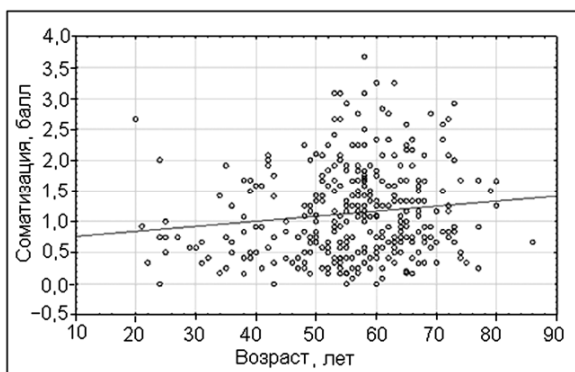


Рис. 1. Связь переменной «возраст» и уровня соматизации у больных с нарушением двигательных функций

Заключение

Таким образом, в процессе исследования текущего психического состояния больных с нарушением двигательных функций нозологических различий выявлено не было. Показано, что текущее психическое состояние обследованных больных характеризуется повышенными значениями по шкалам «соматизация» и «обсессивность–компульсивность», снижением показателей по шкалам «межличностной сензитивности», «враждебности», «паранойальности» и «психотизма» опросника SCL-90-R.

Установлено, что психическое состояние больных с нарушением двигательных функций соотносится с их полом и возрастом, а именно: выраженность показателей по шкалам «депрессивность», «тревожность», «фобическая тревожность», «соматизация» выше у женщин в целом, при этом женщины пожилого возраста демонстрируют достоверно более высокие показатели по шкале «депрессивность».

Литература

1. Бабушкин С.Я. Ответственность больных с дорсопатиями за состояние своего здоровья : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2007. – 23 с.
2. Батуева А.Э., Якушева А.Н. Исследование биоэлектрической активности и пространственно-временных характеристик головного мозга в группах мужчин молодого и зрелого возраста с синдромом дорсопатии на поясничном уровне до и после коррекционного воздействия // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Сер.: Образование, здравоохранение, физ. культура. – 2013. – Т. 13, № 4. – С. 94–99.
3. Василенко Ф.И., Сазонова Е.А. Очерки о дисфункции лимбической и вегетативной нервной системы и немедикаментозных методах их коррекции. – 2-е изд., доп. – Челябинск : ЧелГМА, 2009. – 150 с.
4. Меркулов Ю.А., Никитин С.С., Онсин А.А. [и др.]. Патологические особенности развития дорсалгии у работников железнодорожного транспорта, связанных с движением поездов // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. – № 2. – С. 45–50.
5. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.) / под ред. В.Н. Краснова. – М. : МНИИ психиатрии, 2010. – Т. 2: Депрессия и соматические заболевания. – 171 с.
6. Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Экспресс-диагностика депрессий [Электронный ресурс] // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 3. – URL: <http://medpsy.ru>.
7. Соколов В.А., Чернобавская М.Н. Психосоматический компонент в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы // Глаукома. Журн. НИИ глазных болезней РАМН. – 2013. – № 3, ч. 2. – С. 132–139.
8. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – М. : Когито-Центр, 2007. – Ч. 1: Теория и методы. – 208 с.
9. Шаповалов А.В. Особенности формирования болевого синдрома в спине у работников локомотивных бригад : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 23 с.

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

Поступила 07.01.2016

Для цитирования. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Ткаченко Г.А. Психопатологические особенности и половозрастные характеристики пациентов

**PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES AND AGE AND GENDER CHARACTERISTICS
OF THE PATIENTS WITH MOVEMENT DISORDERS**

Kukshina A.A.¹, Kotel'nikova A.V.¹, Tkachenko G.A.²

¹Moscow Research and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine (Russia, Moscow, Zemlyanoy Val Str., 53);

²Russian Cancer Research Center named. Blokhin (Russia, Moscow, Kashirskoye road, 23)

Kukshina Anastasiya Alekseevna – PhD Med. Sci., manager of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Russia, 107120, Moscow, Zemljanoj Val Str., 53), e-mail: kukshina@list.ru;

Kotel'nikova Vladimirovna – PhD Psychol. Sci., the senior research assistant of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Russia, 107120, Moscow, Zemljanoj Val Str., 53), e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru;

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

Abstract. Diseases associated with movement disorders are highly correlated psychosomatic. The aim of our research was to study the peculiarities of mental state of patients with movement disorders given their gender and age characteristics. The study included 336 patients. Their current mental state diagnosed by a questionnaire SCL-90-R. The study found increase the indicators on the scales "somatization" and "obsessive-compulsive", decrease on the scale "interpersonal sensitivity", "hostility", "paranoid ideation" and "psychoticism". Also is revealed interrelation of mental state of patients with movement disorders to their gender and age. Indicators on the scale "depression", "anxiety", "phobic anxiety", "somatization" appeared to be higher on the women than on the men. Elderly women have the higher rates on the scale "depression".

Keywords: clinical psychology, psychopathology, movement disorders, mental state, psychodiagnostics, questionnaire SCL-90-R.

References

1. Babushkin S.Ya. Otvetstvennost' bol'nykh s dorsopatiyami za sostoyanie svoegozdorov'ya [Responsibility of patients with dorsopathy for their health]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Volgograd. 2007. 23 p. (in Russ.)

2. Batueva A.E., Yakusheva A.N. Issledovanie bioelektricheskoy aktivnosti I prostranstvenno-vremennykh kharakteristik golovnogogo mozga v gruppakh muzhchin molodogo i zrelogo vozrasta s sindromom dorsopatii na poyasnichnom urovne do I

posle korrektsionnogo vozdeystviya [Research of bioelectric activity and existential characteristics of the brain in groups of men of young and mature age with dorsoptatiya's syndrome at lumbar level before correctional influence]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Obrazovanie, zdravookhraneniye, fizicheskaya kul'tura* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Education, Healthcare Service, Physical Education]. 2013. Vol. 13, N 4. Pp. 94–99. (in Russ.)

3. Vasilenko F.I., Sazonova E.A. Ocherki o disfunktsii limbicheskoy vegetativnoi nervnoi sistemy i nemedikamentoznykh metodakh ikh korrektsii [Essays about the dysfunction of limbic and autonomic nervous system and non-drug methods of their correction]. Chelyabinsk. 2009. 150 p. (in Russ.)

4. Merkulov Yu.A., Nikitin S.S., Onsin A.A. [et al.]. Patofiziologicheskie osobennosti razvitiya dorsalgii u rabotnikov zheleznodorozhnogo transporta, svyazannykh s dvizheniem poezdov [Patophysiological features of dorsalgia development among railway workers, connected with railway communication]. *Patologicheskaya fiziologiya i eksperimental'naya terapiya* [Pathological Physiology and Experimental Therapy]. 2012. N 2. Pp. 45–50. (in Russ.)

5. Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroystvam (redaktsiya 2008). Tom 2. Depressiya i somaticheskie zabolevaniya [Educational program for depressive disorders (revised 2008). Vol. 2. Depression and somatic diseases]. Ed. V.N. Krasnov. Moskva. 2010. 171 p. (in Russ.)

6. Pakriev S.G., Kovalev Yu.V. Ekspress-diyagnostika depressiy [Express diagnostics of depressions] [Electronic resource]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2011. N 3. URL: <http://medpsy.ru>. (in Russ.)

7. Sokolov V.A., Chernobavskaya M.N. Psichosomaticheskiy komponent v patogeneze pervichnoy otkrytougol'noy glaukomy [Psychosomatic component in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma]. *Glaukoma* [Russian Journal of Glaucoma]. 2013. N 3, part 2. Pp. 132–139. (in Russ.)

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

9. Shapovalov A.V. Osobennosti formirovaniya bolevoogo sindroma v spine u rabotnikov lokomotivnykh brigad [Peculiarities of formation of pain syndrome in the back of workers of locomotive brigades]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2011. 23 p. (in Russ.)

Received 07.01.2016

For citing. Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Tkachenko G.A. Psichopatologicheskie osobennosti i polovozrastnye kharakteristiki patsientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 58. Pp. 25–34. **(In Russ)**

Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Tkachenko G.A. Psychopathological peculiarities and age and gender characteristics of the patients with movement disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 58. Pp. 25–34.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ И МЕТОД БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ТРЕВОЖНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН
(Россия, г. Магадан, пр. К. Маркса, д. 24)

Рассматривается эффективность влияния психокоррекционных мероприятий на уровень тревожности младших школьников. Представлены данные многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) у 23 учеников 2-го класса общеобразовательной школы г. Магадана. Использовали социально-психологический тренинг (СПТ) и метод биологической обратной связи (компьютерный тренажер «БОС-Пульс», тренинги «Вира» и «Ралли»). По завершении психокоррекционной работы у детей выявлено значимое снижение тревожности по 5 шкалам опросника из 10 (общей тревожности, тревоги во взаимоотношениях со сверстниками, тревоги в связи с оценкой окружающих, тревоги, связанной с успешностью в обучении и тревоги, возникающей в ситуациях самовыражения). После проведения психокоррекционных мероприятий происходит значительное снижение общей тревожности и, как следствие, у детей повышаются работоспособность, продуктивность деятельности, улучшаются социальные взаимоотношения, уменьшается тревожность в области социальных контактов, повышаются самооценка и уверенность в себе, а также улучшается общее соматическое состояние.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психологическая коррекция, биологическая обратная связь, БОС-Пульс, младшие школьники, тревожность.

Введение

С приходом в школу ребенок оказывается в новой для себя социальной ситуации. Перемена игровой деятельности на учебную формирует психические новые психические реакции. Неотъемлемой частью адаптационного периода предстает школьная тревожность, которая является одним из важных факторов, влияющих на успеваемость учеников, а также тесно связана с эффективностью учебного процесса.

Бартош Ольга Петровна – канд. биол. наук, науч. сотр. группы психофизиологии Науч.-исслед. центра «Арктика» ДВО РАН (Россия, 685000, г. Магадан, пр. К. Маркса, д. 24); e-mail: olga_bartosh@inbox.ru;

Бартош Татьяна Петровна – канд. биол. наук, доц., вед. науч. сотр. группы психофизиологии Науч.-исслед. центра «Арктика» ДВО РАН (Россия, 685000, г. Магадан, пр. К. Маркса, д. 24); e-mail: tabart@rambler.ru.

По исследованиям Б.И. Кочубея и Е.В. Новиковой [7] и А.Л. Венгера [3], тревожность развивается вследствие появления у ребенка внутреннего конфликта, который может быть вызван противоречивыми требованиями, предъявляемыми родителями, семьей и школой. Период младшего школьного возраста сопровождается тревожными событиями прежде всего за счет оценочных ситуаций, усугубленных фактором публичности (ответ у школьной доски, контрольная работа и т. д.), и по-разному может сказаться на адаптации школьника [9]. Чтобы избежать неудачи, ребенок отстраняется от учебы, боясь отвечать на уроках, тревожится, переживает, чтобы его не спросили. Существует положение, что тревога является фактором, «провоцирующим» агрессию [11]. Зачастую тревожный ребенок опасается других, он неуспешен, мнителен, что способствует образованию реакций психологической защиты в виде агрессии, направленной на других [10].

Как указывают В.А. Гуров и Т.М. Метелкина [4], от 26,5 до 48 % детей младшего школьного возраста имеют высокий уровень общей школьной тревожности, которая в большей степени обусловлена страхом в ситуации проверки знаний, страхом самовыражения и низкой физиологической устойчивостью к стрессу. Переживание тревожности, фрустрации, психологического стресса сопровождается чрезмерными физиологическими реакциями, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями [1, 10].

Учебная деятельность требует от ребенка новых, более высоких форм произвольного поведения, способности управлять своими психическими процессами, а также овладения саморегуляцией. Одним из оптимальных средств в рамках психокоррекционной работы со школьниками является социально-психологический тренинг как многофункциональный метод изменения и развития психологических особенностей ребенка и группы детей с целью улучшения, гармонизации психологического состояния, приобретения коммуникативных знаний, умений, навыков [2, 6].

Одной из инновационных коррекционно-развивающих психофизиологически ориентированных технологий становится коррекция и развитие высших психических функций методом биологической обратной связи (БОС), которая является нефармакологическим методом развития произвольности высших психических функций. Основную задачу метода составляет обучение человека навыкам эффективной саморегуляции и способам нейрофизиологического контроля различных параметров работы центральных и периферических управляющих систем организма.

Как указывают многие исследователи [5, 8, 12], один из практических шагов для оказания эффективной помощи детям начальной школы в процессе адаптации к учебному процессу – проведение в школах оздоровительных уроков с использованием игрового компьютерного биоуправления. Такие уроки дают возможность существенно усилить мотивацию детей к школьному обучению и облегчить этот процесс путем приобретения необходимых практических навыков поведения во время школьного урока, выполнения работы самостоятельно и развития навыков саморегуляции в эмоционально напряженной ситуации биоуправления. В игровом биоуправлении ребенок сразу видит результат своей деятельности, у него появляется стимул к тому, чтобы выполнить задание лучше, так как в этом случае он получает поощрение в виде баллов, призов или салюта в честь победителя. Обучающие алгоритмы построены так, что для победы нужно улучшить свой собственный предыдущий результат. Для тревожного ребенка очень важно сравнить свои результаты с его же показателями и проследить динамику обучения. Повышение самооценки, осознание ребенком того, что он может улучшать свой собственный результат, побеждая пусть даже и в виртуальной среде, имеет мощное психологическое воздействие. Дети становятся более уверенными в себе и активными на уроках, коммуникабельными, улучшается их настроение.

Работу с тревожным ребенком рекомендуется проводить в трех направлениях: повышение самооценки, обучение самоконтролю и снятие мышечного напряжения [9]. Как указывают многие авторы [3, 5, 9], в младшем школьном возрасте особую эффективность показывают развивающие мероприятия и занятия с детьми.

Цель работы – изучить влияние социально-психологического тренинга (СПТ) и БОС-тренинга на проявления тревожности у детей начальной школы.

Материал и методы

Исследование провели в общеобразовательной школе № 21 г. Магадана в 2015 г. Класс выбрали на основании существующих проблем в межличностном общении и повышенной агрессивности учащихся (по просьбе администрации). 2-й класс состоял из 23 учащихся, средний возраст – (8,3 ± 0,1) года. Условно исследование разделили на 3 этапа: первичная диагностика, курс коррекционно-развивающих занятий и повторная диагностика.

1-й этап. Первичная диагностика школьников класса производилась по методике «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) [11].

Общее количество утверждений в опроснике – 100. Структура многомерной оценки МОДТ включает 10 шкал, позволяющих дать дифференцированную оценку тревожности личности: 1-я – общая тревожность; 2-я – тревога во взаимоотношениях со сверстниками; 3-я – тревога в связи с оценкой окружающих; 4-я – тревога во взаимоотношениях с учителями; 5-я – тревога во взаимоотношениях с родителями; 6-я – тревога, связанная с успешностью в обучении; 7-я – тревога, возникающая в ситуациях самовыражения; 8-я – тревога, возникающая в ситуациях проверки знаний; 9-я – снижение психической активности, связанное с тревогой; 10-я – повышение вегетативной реактивности, связанное с тревогой. Итоговый балл – от 0 до 10. Если по параметру набрано 1-2 балла – качество слабо выражено, 4-5 баллов – отчетливо выраженное качество, 7–10 баллов – сильно выражена тревога. Также выделяют совокупный показатель – интегральный показатель тревожности (ИПТ).

На основании результатов, полученных по 10 шкалам МОДТ, получают информацию о структурных особенностях тревожности школьника по четырем основным направлениям психологического анализа, связанным с оценкой: уровня тревожности, имеющей непосредственное отношение к личностным особенностям ребенка (шкалы 1, 3 и 7-я); особенностей психофизиологического и психовегетативного тревожного реагирования ребенка в стрессогенных ситуациях (шкалы 9-я и 10-я); роли особенностей социальных контактов ребенка (со сверстниками, учителями и родителями) в развитии тревожных реакций и состояний (шкалы 2, 4 и 5-я); роли ситуаций, связанных со школьным обучением (шкалы 6-я и 8-я), в развитии тревожных реакций и состояний ребенка.

2-й этап. Проводили СПТ у школьников 2-го класса 1 раз/нед на протяжении 3 мес (февраль–апрель), продолжительностью – 1 академический час. Всего провели 6 занятий совместно у школьников класса вместе с классным руководителем и 4 занятия по подгруппам (класс делили на 2 группы). В процессе работы использовали следующие методы: дискуссионные, игровые, арт-терапия, а также психогимнастические упражнения. Основная позиция участников – размещение по кругу.

По просьбе классного руководителя из класса отобрали группу из 11 учащихся, в которую вошли наиболее конфликтные дети, с агрессивным поведением, так называемые «задиры». С ними проводилась индивидуальная психокоррекционная работа (БОС-тренинг). Каждый учащийся участвовал в 8–12 сессиях БОС-тренинга по 20–30 мин 2 раза/нед, количество попыток в решении компьютерных заданий игр – не менее пяти.

Метод игрового биоуправления разработан в Институте молекулярной биологии и биофизики СО РАМН под руководством акад. М.Б. Штарка [12]. В нашем исследовании использовали компьютерный тренажер «БОС-Пульс», в котором происходит регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС) с ногтевой фаланги пальца руки и преобразование ее в сигналы обратной связи, воспринимаемые ребенком в виде звукового или зрительного ряда. В качестве основных игр, которые носят явный или скрытый соревновательный характер, были представлены тренинги «Вира» и «Ралли», дополнительными – «Магические кубики» и «Гребной канал». Для того чтобы победить в соревновании, играющий должен снизить ЧСС. Добиться положительного развития сюжета он мог, только научившись управлять собственными механизмами саморегуляции в сочетании с высокой степенью контроля сознания.

3-й этап. Эффективность коррекционных мероприятий оценивали повторным тестированием методикой МОДТ у школьников класса.

Полученные данные обработали с использованием программы Statistika 6.0. Уровень значимости различий оценивали по парному двухвыборочному t-тесту для средних величин для зависимых выборок.

Результаты и их анализ

Результаты исследования тревожности у младших школьников представлены в таблице. До психокоррекционных мероприятий выраженная тревожность (среднее значение по группе выше 4 баллов) была по шкалам: 1, 3, 5, 6–8 и 10-й.

Показатели тревоги по шкале МОДТ у школьников II класса ($M \pm m$), балл

Шкала МОДТ	Период СПТ и БОС-тренингов		p <
	до	после	
1-я	4,6 ± 0,5	3,2 ± 0,6	0,01
2-я	3,7 ± 0,5	2,9 ± 0,4	0,01
3-я	5,1 ± 0,5	3,7 ± 0,42	0,01
4-я	3,7 ± 0,4	3,6 ± 0,4	
5-я	4,2 ± 0,4	3,9 ± 0,4	
6-я	4,9 ± 0,4	3,3 ± 0,3	0,001
7-я	4,7 ± 0,4	3,2 ± 0,4	0,001
8-я	4,4 ± 0,4	3,8 ± 0,5	
9-я	3,7 ± 0,4	3,4 ± 0,5	
10-я	4,2 ± 0,5	2,9 ± 0,6	
ИПТ	43,0 ± 3,0	34,0 ± 3,6	0,01

По завершении психокоррекционной работы данные показали значимое ($p < 0,05$) снижение тревожности по 5 шкалам опросника: 1–3, 6 и 7-й. Причем отчетливо прослеживается снижение тревожности, имеющее непосредственное отношение к личностным особенностям ребенка, – 1 (общая тревожность), 3 (тревога в связи с оценкой окружающих) и 7-я (тревога, возникающая в ситуациях самовыражения) шкалы опросника, что подтверждает целенаправленность и действенность коррекционных мероприятий в личностном направлении.

Заметим, что изначально по 3-й шкале выявлен наивысший средний балл по классу, который составил ($5,1 \pm 0,5$) (см. таблицу). С выраженной тревогой (7–10 баллов) было 8 (35 %) учеников класса. По завершении курса СПТ и БОС-Пульс индивидуальные показатели тревоги по данной шкале в классе снизились ($p < 0,01$) до ($3,7 \pm 0,4$) балла, с выраженной тревогой было только 2 (9 %) школьника. Высокие баллы по данной шкале указывают на то, что большинство ребят испытывает эмоциональный дискомфорт, напряженность по поводу оценок, даваемых окружающими, или тревожность в связи с ожиданием негативных оценок со стороны. Возможно, также имеется несовместимость разных систем требований от родителей и школы, предъявляемых к ребенку.

По 7-й шкале (тревога, возникающая в ситуациях самовыражения) высокие показатели были у 4 (17 %) учеников из класса. После проведенных психокоррекционных ситуаций таких учеников стало 2 (9 %).

Снижение тревоги по данным шкалам указывает на то, что после СПТ и БОС-Пульс общее эмоциональное состояние учащихся стабилизировалось, а самооценка повысилась. Дети стали более уверенными в себе и своих возможностях, меньше тревожились о правильности того, что делают, думают и говорят. Снизилась чувствительность к оценкам окружающих. В предъявлении себя, своих возможностей они стали смелее и увереннее.

В нашем исследовании, в целом по классу, тревога во взаимоотношениях со сверстниками (2-я шкала) была очень высокая, в среднем – ($3,7 \pm 0,5$) балла (см. таблицу). Однако сильно выраженную тревожность диагностировали у 4 (17 %) учащихся из класса. После завершения коррекционных работ выраженная тревога оказалась только у 1 школьника, а средний балл по классу значимо снизился до ($2,9 \pm 0,4$) ($p < 0,01$). Таким образом, в целом снизилась тревожность в области социальных контактов, в данном случае со сверстниками. В результате психокоррекционных мероприятий произошло снижение напряженности между одноклассниками, конфликт-

ности, страха быть отвергнутым, появилось большее понимание друг друга и уверенность в себе.

Среднее значение показателя тревожности по 6-й шкале, связанной с успешностью в обучении, до начала психокоррекционных мероприятий составило ($4,9 \pm 0,4$) балла, что характеризуется как повышенный уровень тревожности (см. таблицу). То есть психологический фон, позволяющий развивать свои потребности в достижении высоких результатов, оценивается ребенком как не очень благоприятный. Эмоциональное состояние характеризовались достаточно высоким уровнем внутренней напряженности и тревоги, проявляющейся в неадекватных эмоциональных реакциях при выполнении учебных заданий. В нашем исследовании наглядно видно действие СПТ и БОС-Пульса: функциональное состояние детей – тревога по данной шкале значительно уменьшилась до ($3,3 \pm 0,3$) баллов ($p < 0,01$). Если до коррекции с отчетливо выраженной тревогой было 5 (22 %) школьников, после коррекции – 1 (4 %) школьник.

Интересно отметить, что у обследуемых детей была отчетливо выражена тревога во взаимоотношениях с родителями (5-я шкала) – ($4,2 \pm 0,4$) балла, которая незначительно снизилась после коррекционных работ. Скорее всего, потому, что акценты проводимого СПТ были больше направлены на межличностное общение в классе и повышение самооценки. Для коррекции отношений детей и родителей необходима целенаправленная работа с родителями. Хочется отметить, что тревога во взаимоотношениях с учителями (4-я шкала) была менее выражена, чем тревога во взаимоотношениях с родителями (см. таблицу). Это еще раз подтверждает необходимость больше уделять внимания беседам с родителями, повышение уровня социально-психологической компетентности в воспитании детей и приобретение навыков конструктивного способа решения конфликтных ситуаций с собственным ребенком.

Рассматривая данные по совокупному показателю тревожности (ИПТ), видим, что происходит значительное его снижение в целом по классу ($p < 0,01$) (см. таблицу). С повышенным уровнем тревожности и напряженности (50 баллов и более) было 10 (43 %) учеников класса. После окончания коррекционных занятий таких школьников было 5 (22 %).

Заключение

Результаты исследования показали, что социально-психологический тренинг и метод биологической обратной связи являются эффективными способами коррекции детской тревожности в начальной школе. У детей

после проведения психокоррекционных мероприятий происходит значительное снижение общей тревожности, тревоги во взаимоотношениях со сверстниками, тревоги в связи с оценкой окружающих и тревоги, связанной с успешностью в обучении и возникающей в ситуациях самовыражения. Как следствие, у детей улучшаются социальные взаимоотношения, повышаются самооценка и уверенность в себе, а также улучшается общее соматическое состояние.

Психокоррекционные занятия с применением социально-психологического тренинга и использованием игрового компьютерного биоуправления с детьми в начальной школе являются эффективными психопрофилактическими мероприятиями.

Литература

1. Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В. Психологический профиль младших подростков Магадана с различным уровнем алекситимии в структуре личности // *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. – 2010. – № 5. – С. 56–64.
2. Вачков И.В. Психология тренинговой работы: содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговых групп. – М. : ЭКСМО, 2007. – 416 с.
3. Венгер А.Л. На что жалуетесь? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. – М. : Рига : Эксперимент, 2000. – 179 с.
4. Гуров В.А., Метелкина Т.М. Тревожность как показатель психологического здоровья младших школьников и личностные особенности педагога // *Сиб. учитель*. – 2006. – № 2. – С. 27–28.
5. Даниленко Е.Н., Джафарова О.А., Гребнева О.Л. Игровое биоуправление в адаптации младших школьников // *Бюл. сиб. медицины*. – 2010. – № 2. – С. 108–113.
6. Захаров В.П. Практические рекомендации по ведению группы социально-психологического тренинга : метод. указания. – Ленинград : ЛГТУ, 1990. – 63 с.
7. Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Эмоциональная устойчивость школьника. – М. : Знание, 1988. – 80 с.
8. Лазарева О.Ю., Джафарова О.А., Гребнева О.Л. Игровое компьютерное биоуправление в школе. Опыт практического применения // *Бюл. СО РАМН*. – 2004. – № 3 (113). – С. 69–71.
9. Лютова Е.К., Молина Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми. – СПб. : Речь, 2001. – 190 с.
10. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. – М. : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2000. – 304 с.
11. Ромицына Е.Е. Многомерная оценка детской тревожности : учеб.-метод. пособие. – СПб. : Речь, 2006. – 112 с.
12. Штарк М.Б., Шварц М.С. Некоторые аспекты биоуправления в интерпретации редакторов // *Биоуправление-4*. – Новосибирск, 2002. – С. 3, 86–88.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи, и выражают благодарность администрации Магаданского автономного образовательного учреждения среднееобразовательной школы № 21 г. Магадана в лице директора И.В. Драпалок, зам. директора Н.А. Черепановой, и особая благодарность классному руководителю 2-го класса Н.А. Субботиной за активное участие в тренинге и содействии в проведении нашей работе.

Поступила 27.11.2015

Для цитирования. Бартош О.П., Бартош Т.П. Социально-психологический тренинг и методика обратной связи как профилактика тревожности у младших школьников // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 35–45.

SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL TRAINING AND METHOD OF BIOLOGICAL FEED BACK AS ANXIETY PROPHYLAXIS RELEVANT FOR PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Bartosh O.P. Bartosh T.P.

Scientific Research Center «Arktika», Far Eastern Branch of the Russian Academy of Sciences (Russia, Magadan, Karl Marx Str., 24)

Bartosh Olga Petrovna – PhD Biol. Sci., Researcher, Psychophysiology Group, Scientific Research Center «Arktika» (Russia, 685000, Magadan, Karl Marx Str., 24), e-mail: olga_bartosh@inbox.ru;

Bartosh Tatyana Petrovna – PhD Biol. Sci., Associate Prof., Leading Researcher, Psychophysiology Group, Scientific Research Center «Arktika» (Russia, 685000, Magadan, Karl Marx Str., 24), e-mail: tabart@rambler.ru.

Abstract. Considered in the paper is effectiveness of psychocorrective measurements with regard to anxiety in primary school children. A multidimensional assessment of the child's anxiety was carried among the 2nd grade pupils (n = 23) of Magadan town regular school. We used social and psychological training and biological feed back ("BOS Puls" automated trainer, and "Vira" and "Rulli" training vehicles). When having finished the psychocorrection, our data showed significant decrease in anxiety through five of ten steps of the questionnaire: general anxiety, agemate relationship anxiety, wider public assessment-related anxiety, school task success anxiety and personal expression anxiety. Of note that, little ones demonstrated anxiety decrement and thereby work capacity and performance enhancement after the psychocorrective measurements that promote healthier atmosphere in the agemate relationship, higher self-rating and self-confidence as well as improve general well-being.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychic correction, biological feed back, BOS Puls, primary school children, child anxiety.

References

1. Bartosh T.P., Bartosh O.P., Mychko M.V. Psikhologicheskii profil' mladshikh podrostkov Magadana s razlichnym urovnem aleksitimii v strukture lichnosti [Psychic profile of Magadan town junior adolescents with different levels of alexithymia in the personal structure]. *Reproduktivnoe zdorov'e detei i podrostkov* [Child and adolescent reproductive health]. 2010. N 5. Pp. 56–64. (In Russ.)
2. Vachkov I.V. Psikhologiya treningovoi raboty: soderzhatel'nyie, organizatsionnyie i metodicheskie aspekty vedeniya treningovykh grupp [Training psychology: content, organization and methodic aspects of managing training groups]. Moskva. 2007. 416 p. (In Russ.)
3. Venger A.L. Na chto zhaluetes'? Vyyavlenie i korraktsiya neblagopriyatnykh variantov razvitiya lichnosti detei i podrostkov [What ails you? Revealing and correcting unfavorable versions of personal development in children and adolescents]. Moskva : Riga. 2000. 179 p. (In Russ.)
4. Gurov V.A., Metelkina T.M. Trevozhnost' kak pokazatel' psikhologicheskogo zdorov'ya mladshikh shkol'nikov i lichnostnye osobennosti pedagoga [Anxiety as the index of primary school children psychic health and the teacher's personality]. *Sibirskii uchitel'* [Siberian teacher]. 2006. N 2. Pp. 27–28. (In Russ.)
5. Danilenko E.N., Dzhafarova O.A., Grebneva O.L. Igrovoe bioupravlenie v adaptatsii mladshikh shkol'nikov [Role-play biomanaging in primary school children adaptation]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [The Bulletin of Siberian medicine]. 2010. N 2. Pp. 108–113. (In Russ.)
6. Zakharov V.P. Prakticheskie rekomendatsii po vedeniyu gruppy sotsial'no-psikhologicheskogo treninga [Practical guidelines on managing groups at social and psychic training: technical tips]. Leningrad. 1990. 63 p. (In Russ.)
7. Kochubei B.I., Novikova E.V. Emotsional'naya ustoichivost' shkol'nika [School student emotional tolerance]. Moskva. 1988. 80 p. (In Russ.)
8. Lazareva O.Yu., Dzhafarova O.A., Grebneva O.L. Igrovoe komp'yuternoe bioupravlenie v shkole. Opyt prakticheskogo primeneniya [Role-play automated biomanaging in schools. Experience of practical appliance]. *Byulleten' Sibirskogo ot-deleniya Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk* [Bulletin of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences]. 2004. N 3. Pp. 69–71. (In Russ.)
9. Lyutova E.K., Monina G.B. Trening effektivnogo vzaimodeistviya s det'mi [Training for effective child relationship]. Sankt-Peterburg. 2001. 190 p. (In Russ.)
10. Prikhozhan A.M. Trevozhnost' u detei i podrostkov: psikhologicheskaya priroda i vozrastnaya dinamika [Child and adolescent anxiety: psychic nature and age-related dynamics]. Moskva : Voronezh. 2000. 304 p. (In Russ.)
11. Romitsyna E.E. Mnogomernaya otsenka detskoj trevozhnosti [Multidimensional assessment of child anxiety. Study guide]. Sankt-Peterburg. 2006. 112 p. (In Russ.)
12. Shtark M.B., Shvarts M.S. Nekotorye aspekty bioupravleniya v interpretatsii redaktorov [Some aspects of biomanagement according to editors' interpretation]. *Bioupravlenie-4*. Novosibirsk. 2002. Pp. 3, 86–88. (In Russ.)

Received 27.11.2015

For citing. Bartosh O.P. Bartosh T.P. Sotsial'no-psikhologicheskii trening i metodika obratnoi svyazi kak profilaktika trevozhnosti u mladshikh shkol'nikov. Vestnik psikhoterapii. 2016. N 58. Pp. 35–45. (In Russ)

Bartosh O.P. Bartosh T.P. Social and psychological training and method of biological feed back as anxiety prophylaxis relevant for primary school children. The Bulletin of Psychotherapy. 2016. N 58. Pp. 35–45.

УДК 616.89-008.48-072.8-053.5/6 Э.В. Леус, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР ДЕЛИНКВЕНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова
(Россия, г. Архангельск, Набережная Северной Двины, д. 17);
Северный государственный медицинский университет
(Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51)

С целью изучения дисфункциональных семейных отношений как фактора делинквентного поведения у несовершеннолетних обследованы 65 подростков в возрасте 11–16 лет, находящихся в воспитательно-исправительном учреждении. Для обследования использована специально разработанная анкета. Показано, что дисфункциональные семейные отношения являются фактором социального риска формирования делинквентного поведения у несовершеннолетних. На формирование делинквентного поведения оказывают влияние: состав семьи (неполная и многодетная семья), низкое материальное положение семьи, алкогольная зависимость у родителей, наличие безработных членов семьи, криминальный опыт членов семьи, отсутствие должной заботы о детях и обусловленная этим заболеваемость (травмы, инфекции, заболевания нервной системы и психические расстройства), а также нарушения поведения (прогулы занятий в школе; побеги из дома, бродяжничество, членство в преступных группах, кражи из дома). Для

Леус Эльвира Викторовна – доц. каф. психологии Ин-та педагогики и психологии Сев. (Арктического) федер. ун-та им. М.В. Ломоносова (Россия, 163002, г. Архангельск, наб. Северной Двины, 17), e-mail: e.leus@mail.ru;

Соловьев Андрей Горгоньевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии и клинич. психологии, Сев. гос. мед. ун-т (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: asoloviev1@yandex.ru;

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

профилактики делинквентного поведения необходим комплексный подход по работе с дисфункциональными семьями, объединяющий усилия разных государственных органов и общественных организаций.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психиатрия, семейные отношения, несовершеннолетние, делинквентное поведение, дисфункциональные отношения.

Введение

В условиях меняющейся реальности и нестабильности современного общества проблема отклоняющегося поведения несовершеннолетних и его профилактики является одной из приоритетных. Специалисты разных профилей опираются в своей работе на законодательные нормативные акты федерального и регионального уровней – Конвенцию о правах ребенка ООН [4], Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» [7], Указ Президента РФ «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» [6] и другие, в которых указано, что первым и ведущим институтом формирования правосознания является семья, а для формирования личности законопослушного гражданина общества необходимо обеспечить всестороннее развитие ребенка в контексте семейных отношений.

Для каждого человека семья занимает одно из ведущих мест в иерархии значимых ценностей, а семейные отношения регулируются нормами морали и права [3]. Семья представляется в качестве ведущего фактора для личностного развития ребенка, обеспечивающего положительный морально-психологический климат, позволяющий осваивать способы межличностных отношений. Общение и взаимоотношения в семье становятся для ребенка эталоном и позволяют выработать собственные взгляды, установки, принципы, что отчасти обуславливает и дальнейшую судьбу человека – возможность быть равноправным членом общества и высказывать свои мнения и пожелания, декларировать свои потребности.

В основе социальной дезадаптации несовершеннолетних, ведущей к поведенческим девиациям, лежат возрастные, характерологические, психические и другие личностные особенности детей и подростков, школьная дезадаптация, влияние неформальной среды асоциальной направленности, социально-экономические проблемы общества, а также семейная дисфункциональность [13].

Дисфункциональность семьи проявляется в таких признаках, как неполный состав, наличие зависимостей или хронических болезней, конфликтность и отсутствие доверительности взаимоотношений, отрицание

проблем, насилие в семье и т.п. [2]. В дисфункциональной семье нарушены или не существуют некоторые функции, в силу чего отсутствует способность удовлетворять потребности друг друга в духовном и личностном росте.

Цель исследования – изучение дисфункциональных семейных отношений как фактора делинквентного поведения у несовершеннолетних, находящихся в воспитательно-исправительном учреждении.

Материал и методы

Обследовали 65 подростков в возрасте 11–16 лет, средний возраст – $(13,5 \pm 0,1)$ год, находящихся за совершение преступлений в воспитательно-исправительном учреждении закрытого типа для несовершеннолетних правонарушителей Архангельской области. Была использована разработанная авторами анкета, включающая 5 блоков [10]:

1) общие сведения о ребенке (возраст, наличие родителей и место проживания, класс обучения, повторное обучение или индивидуальное обучение);

2) медицинский анамнез (группа здоровья и хронические заболевания);

3) социальный анамнез (состав семьи, курение и употребление алкоголя родителями, характер взаимоотношений);

4) бытовой анамнез школьника (материальные и бытовые условия);

5) дополнительные сведения (пропуски уроков, отклонения в поведении, учет в инспекции по делам несовершеннолетних или на внутришкольном учете, нахождение в Центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей).

Статистический анализ осуществили с помощью программы SPSS 18.0. Для оценки достоверности различий использовали критерий Фишера.

Результаты и их анализ

Детерминанты делинквентного поведения несовершеннолетних тесным образом связаны с такими проявлениями дисфункциональности семей, как: ее состав, материальное положение, особенности воспитания, предрасположенность к заболеваниям и особенности поведения.

Состав семьи является важным фактором социализации несовершеннолетних. Традиционно считается, что проблемное поведение чаще формируется в условиях распавшейся или неполной семьи [12].

Анализ состава семей несовершеннолетних (табл. 1) показал, что 4/5 респондентов проживали в родительской семье; из них большая часть – 36 (68 %) подростков были из неполной семьи; каждый десятый – имел опе-

куна из числа близких родственников (в основном – бабушка) и небольшая часть – были воспитанниками детских домов.

Таблица 1
Распределение несовершеннолетних с делинквентным поведением по составу семьи, n (%)

Параметры сравнения	N (%)
Проживание в родительской семье, в том числе:	53 (81,5)
в полной семье с биологическими родителями	8 (15,1)
в полной семье с отчимом или мачехой	9 (16,9)
в неполной семье	18 (34,0)
с одним родителем и непостоянными сожителями	18 (34,0)
Проживание с опекунами	7 (10,8)
Проживание в детском доме	5 (7,7)

Отсутствие хотя бы одного из родителей считается провоцирующим фактором формирования противоправного поведения, особенно направленного против других людей. Мальчики, не имеющие отца, имеют более низкий уровень морального сознания и более агрессивны. Так, выявлено, что 21 (32,3 %) подросток пережили смерть одного из родителей, что было дополнительным психотравмирующим обстоятельством. При этом смерть отца была у 12 (18,5 %) респондентов, смерть матери – у 9 (13,8 %). У 12 подростков (18,5 %) сведений об отце не имелось. 9 (13,8 %) обследуемых проживали в семье, в которой один из биологических родителей находился в повторном официальном браке; 8 (12,3 %) подростков воспитывались отчимом и 1 (1,5 %) – мачехой. Несовершеннолетних, воспитывающихся в семьях, где родители находились в гражданских отношениях, было значительно больше (у 13 (20,0 %) подростков имелся сожитель матери и у 5 (7,7 %) – сожительница отца).

В ходе исследования было установлено, что 29 (44,6 %) несовершеннолетних, находящихся в исправительном учреждении, были из многодетных семей с тремя и более детьми; 39 (60,0 %) – единственным ребенком в семье. Взаимосвязь проявлений противоправного поведения с многодетностью отражает тенденцию растущих в такой семье членов больше рассчитывать на братьев и сестер, выступающих в качестве образцов и источников социального обучения.

Материальное положение семьи. Анализ полученных результатов показал (табл. 2), что чаще несовершеннолетние правонарушители были из

материально необеспеченных семей и проживали в стесненных условиях в неблагоустроенном жилье.

Таблица 2
Материальное положение семей несовершеннолетних
с делинквентным поведением, n (%)

Параметры сравнения	N (%)
Доход семьи:	
- ниже прожиточного минимума	52 (80,0)
- средний доход	13 (20,0)
Неработающие родители:	
- мать	33 (50,8)
- отец	23 (35,4)
- оба родителя	2 (3,1)

Во многих семьях источником материальных доходов семьи являлись пенсии, социальные и детские пособия, выплаты государства детям по утрате кормильца, низкая заработная плата родителей за неквалифицированный труд. Большинство семей респондентов были с доходом ниже прожиточного минимума или малообеспеченные. Невозможность или нежелание родителей, либо законных представителей подростка предоставить ему необходимые для нормального развития условия, обеспечив достаточное удовлетворение потребностей в питании, жилище, заботе и безопасности, провоцируют его делать это самостоятельно всеми доступными, далеко не всегда социально одобряемыми и приемлемыми с точки зрения закона, методами [5].

Особенности воспитания несовершеннолетних в дисфункциональных семьях. Проблемные семьи – криминальные, неполные, нередко отягощенные алкоголизмом – несут в себе негативную энергию и не выполняют главную функцию – поддержки всех ее членов, обеспечения защиты, безопасности и безусловной любви, создания оптимальных для развития возможностей. Личностная деформация родителей, отсутствие внимания и заботы о детях, проявления агрессии в отношениях подталкивают детей к необходимости защищаться и приспосабливаться к имеющимся обстоятельствам.

По полученным нами результатам (табл. 3), большинство родителей подвергались административной ответственности или штрафам за ненадлежащее исполнение родительских обязанностей по воспитанию детей, не-

однократное совершение нарушений общественного порядка.

Таблица 3

Особенности семейной ситуации несовершеннолетних с делинквентным поведением, n (%)

Параметры сравнения	N (%)
Алкоголизация родителей:	
- алкогольная зависимость у матери	50 (76,9)
- алкогольная зависимость у отца	52 (80,0)
Отношение родителей к воспитанию:	
- административные наказания, штрафы	35 (53,8)
- лишение матери родительских прав	7 (10,8)
- лишение отца родительских прав	1 (1,5)
Криминализация в семье:	
- судимые члены семьи	20 (30,8)

Правонарушители чаще, чем лица, не нарушавшие административное и уголовное законодательство, имели криминально отягощенный семейный анамнез: $\frac{1}{3}$ подростков имели судимых членов семьи (чаще отец или старший брат; в одном случае – мать и в двух – старшая сестра). На момент исследования у 3 (4,6 %) респондентов родственники отбывали наказание в местах лишения свободы.

В некоторых исследованиях связь между проявлениями социально опасного поведения объясняется генетическими факторами, общими для детей и родителей, либо родители являются наглядным примером для подражания [1].

А.А. Реан [9] определяет два механизма негативного влияния семьи на развитие личности: социализация в семье по девиантному типу путем научения и подражания и эмоциональное пренебрежение ребенком, «не ценностное» отношение к нему. Ребенок в семье получает «дозу социализации» – навыки первичной социализации, а в случае ее ограничения развивается диссоциальная личность [14]. Если в подростковом возрасте кто-то из окружающих наносит ребенку психическую травму, а окружение сверстников имеет антисоциальную направленность, формируется модель псевдовзрослого поведения антиобщественного характера. При этом, для большей части правонарушителей противоправное поведение ограничивается подростковым возрастом, однако у меньшей части – формируются криминальная карьера и в период зрелости.

Предрасположенность детей к заболеваниям. Каждый человек имеет генетически заданную программу физического и психического здоровья, в которой заложена и предрасположенность к его отклонениям; проявятся ли они и в каком возрасте, зависит не только от факторов внешней среды в виде экологической обстановки, но и от вредных привычек и образа жизни его родителей, заботы со стороны семьи о полноценном и всестороннем развитии ребенка [10].

Дисфункциональная семья может выступать провоцирующим фактором социального риска для здоровья детей. Анализ медицинских карт (табл. 4) выявил у несовершеннолетних высокую частоту перенесенных ранее травм (почти у $\frac{1}{3}$ обследованных: черепно-мозговая травма, переломы ребер, верхних, нижних конечностей), а также заболеваний нервной системы и психических расстройств, начало которых специфично для детского возраста.

49 (75,4 %) подростков регулярно курили, 40 (61,5 %) – употребляли алкоголь, 8 (12,3) % – токсические вещества. Все это может быть результатом недостаточного внимания к несовершеннолетним со стороны семьи и отсутствия заботы об их здоровье. Каждый четвертый обследуемый несовершеннолетний имел аномальную реакцию на туберкулиновую пробу, что было обусловлено контактом с больным членом семьи или вызвано бродяжничеством (на фоне ослабленного иммунитета, недостаточного и несбалансированного питания, несоблюдения личной гигиены). Признаками семейного неблагополучия можно считать и распространенность кожных и инфекционных заболеваний.

Таблица 4
Классы болезней и расстройств поведения у подростков с девиантным поведением, n (%)

Класс	Название класса (код МКБ-10)	N (%)
V	Психические расстройства и расстройства поведения:	20 (30,8)
	- специфические расстройства развития речи и языка (F80), специфические расстройства развития моторной функции (F82)	6 (9,2)
	- гиперкинетические расстройства (F90)	2 (3,1)
	- энурез неорганической природы (F98.0)	6 (9,2)
	- эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста (F93)	6 (9,2)
VI	Болезни нервной системы:	2 (3,1)
	- симптоматические эпилепсии и эпилептические синдромы раннего детского возраста (G 40)	2 (3,1)

Класс	Название класса (код МКБ-10)	N (%)
VII	Болезни глаз и его придаточного аппарата	6 (9,2)
IX	Болезни системы кровообращения	10 (15,4)
X	Болезни органов дыхания	12 (18,5)
XI	Болезни органов пищеварения	3 (4,6)
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:	17 (26,1)
	- сколиоз (M41), кифоз и лордоз (M40)	17 (26,1)
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде:	9 (13,8)
	- поражения плода и новорожденного, обусловленные воздействием вредных веществ (P04)	3 (4,6)
	- другие уточненные нарушения, возникшие в перинатальном периоде (P96.8)	6 (9,2)
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	15 (23,1)
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	18 (28,3)

Поведение подростков. Показателем семейного благополучия, внимания родителей к несовершеннолетнему и заботы о нем может являться отношение его к учебе. Все обследованные респонденты (табл. 5) регулярно прогуливали школу, каждый второй – дублировал классы (один или более раз), а некоторые из них находились на домашнем или индивидуальном обучении, обучались в классах коррекции.

Таблица 5

Особенности поведения делинквентных несовершеннолетних, n (%)

Параметры сравнения	N (%)
Отношение к учебе:	
- прогулы занятий	65 (100,0)
- два и более лет обучения в одном классе	33 (50,8)
Отклоняющееся поведение:	
- побеги из дома, бродяжничество	42 (64,6)
- членство в преступных или асоциальных группах	6 (9,2)
- попрошайничество	3 (4,6)
- кражи из дома	3 (4,6)
- насилие к несовершеннолетним	25 (38,5)

У всех несовершеннолетних отмечались проявления разных видов ненормативного поведения (пребывание вне дома в вечернее и ночное

время без сопровождения родителей; кража из собственного дома вещей и денег). Это дополнялось проявлениями вербальной и физической агрессии по отношению к окружающим – нецензурной лексикой и ложью, хамством и грубостью, хулиганством и жестокостью (применение насилия к более младшим или слабым детям, вымогательство денег и других вещей), вандализмом и поджогами.

На основании полученных результатов нами обобщен и описан портрет дисфункциональной семьи несовершеннолетних с делинквентным поведением: проживание в городе; в неполной или многодетной семье; взрослые трудоспособные члены семьи чаще не работают; алкогольная зависимость членов семьи, аморальный образ жизни; низкий уровень образования родителей; родители занимаются неквалифицированной низкооплачиваемой работой; низкий уровень дохода в семье (ниже прожиточного уровня). Обобщая вышесказанное, можно отметить, что несовершеннолетние воспитывающиеся в такой семье часто с детства имеют сложности в удовлетворении необходимых базовых потребностей.

Заключение

Таким образом, на формировании делинквентного поведения у несовершеннолетних оказывают влияние: состав семьи (неполная и многодетная семья), низкое материальное положение семьи, алкогольная зависимость у родителей, наличие безработных членов семьи, криминальный опыт членов семьи, отсутствие должной заботы о детях и обусловленная этим заболеваемость (травмы, инфекции, заболевания нервной системы и психические расстройства), а также нарушения поведения (прогулы занятий; побеги из дома, бродяжничество, членство в преступных группах, кражи из дома). Исходя из этого, дисфункциональные семейные отношения являются фактором социального риска формирования делинквентного поведения у несовершеннолетних.

Для профилактики делинквентного поведения у несовершеннолетних необходим комплексный подход по работе с дисфункциональными семьями, объединяющий усилия разных государственных органов и общественных организаций по осуществлению психолого-педагогического просвещения родителей и обучению правильному воспитанию ребенка, повышению профессионального уровня педагогов, проведению антибуллинговых программ против проявлений жестокости и насилия.

Литература

1. Блэкборн Р. Психология криминального поведения. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 496 с.
2. Голубь М.С. Педагогическая профилактика насилия над виктимным подростком в условиях средней общеобразовательной школы : автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Майкоп, 2011. – 34 с.
3. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Боев И.В. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих. – Эссендуки : Бланкиздат, 2013. – 38 с.
4. Конвенция о правах ребенка. – ООН, 20.11.1989 – URL: http://www.conventions.ru/view_base.php?id=96.
5. Леус Э.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Социально-психологическая характеристика несовершеннолетних в исправительных учреждениях закрытого типа // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – № 1 (36). – С. 40–45.
6. О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы : указ Президента РФ от 01.06.2012 г. № 761 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 04.06.2012. – № 23, ст. 2994.
7. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних: Федер. закон от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ (в ред. от 29.06.2015 г.) // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 28.06.1999. – № 26, ст. 3177.
8. Реан А.А. Семья риска: дети, общество // Нац. психол. журн. – 2007. – № 1(2). – С. 40–43.
9. Сидоров П.И., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни. – Архангельск : Сев. гос. мед. ун-т, 2005. – 217 с.
10. Соловьев А.Г., Леус Э.В. Оценка склонности подростков к социально-психологической дезадаптации вследствие девиантного поведения // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2013. – № 2. – С. 100–102.
11. Шиханцов Г.Г. Юридическая психология. – М. : Зерцало-М, 2006. – 272 с.
12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 672 с.
13. Moffitt T., Caspi A., Harrington H. [et al.]. Males on the Life-Course Persistent and Adolescent-Limited Antisocial Pathway: Follow-Up at Age 26 // Development and Psychopathology. – 2002. – Vol. 14, № 1. – P. 179–207.

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

Поступила 26.06.2015

Для цитирования. Леус Э.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Дисфункциональные семейные отношения как фактор делинквентного поведения у несовершеннолетних // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 45–56.

DYSFUNCTIONAL FAMILY RELATIONS AS A FACTOR OF DELINQUENT BEHAVIOUR IN MINORS

Leus E.V.¹, Soloviev A.G.², Novikova I.A.¹

¹The Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov
(Russia, Arkhangelsk, Severnaya Dvina Emb., 17);

²The Northern State medical University
(Russia, Arkhangelsk, Troitsky Ave., 51)

Leus Elvira Viktorovna – Assistant Prof. Department of Psychology, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Russia, 163002, Arkhangelsk, Severnaya Dvina Emb., 17), e-mail: e.leus@mail.ru;

Soloviev Andrey Gorgonyevitch – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Psychiatry and Clinical Psychology Department, Northern State Medical University (Russia, 163061, Arkhangelsk, Troitsky Ave., 51), e-mail: asoloviev1@yandex.ru;

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

Abstract. The purpose of the study of dysfunctional family relations as a factor of delinquent behaviour in minors we studied 65 males aged 11–16 years in an educational correctional institution. The survey was used a specifically designed questionnaire. It is established that the formation of delinquent behavior among juveniles is influenced by: composition of the family (incomplete and large families), poor financial situation of the family, alcohol addiction of parents, unemployed family members, criminal records of family members, lack of proper care for children and the associated morbidity (injuries, infections, diseases of the nervous system and mental disorders) and behavior disorders (skipping classes; escape from home, vagrancy, membership in a criminal group, theft from home). Thus, dysfunctional family relationships are a factor of social risk of the formation of delinquent behavior in minors. For the prevention of delinquent behavior in minors requires a comprehensive approach for working with dysfunctional families, uniting efforts of different state bodies and public organizations.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychiatry, dysfunctional family relationships, juvenile, delinquent behavior.

References

1. Blekborn R. Psikhologiya kriminal'nogo povedeniya [The Psychology of criminal conduct]. Sankt-Peterburg. 2004. 496 p. (In Russ.)
2. Golub' M.S. Pedagogicheskaya profilaktika nasiliya nad viktimnym podrostkom v usloviyakh srednei obshcheobrazovatel'noi shkoly [Pedagogical prevention of violence against victim minors in conditions of a secondary school]: Abstract dissertation PhD of Education. Maikop. 2011. 34 p. (In Russ.)
3. Kivorkova A.Yu., Solovev A.G., Boev I.V. Mediko-psihologicheskaya reabilitatsiya zhen voennosluzhaschih [Medical and psychological rehabilitation of women soldiers]. Essentuki. 2013. 38 p. (In Russ.)
4. Konventsiya o pravakh rebenka [Convention on the Rights of the Child].

URL: http://www.conventions.ru/view_base.php?id=96. (In Russ.)

5. Leus E.V., Sidorov P.I., Solovov A.G. Sotsial'no-psikhologicheskaya kharakteristika nesovershennoletnikh v ispravitel'nykh uchrezhdeniyakh zakrytogo tipa [Social and psychological characteristics of minors in correctional institutions of closed type]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychopedagogics in law enforcement agencies]. 2009. N 1. Pp. 40–45. (In Russ.)

6. O natsional'noi strategii deistvii v interesakh detei na 2012–2017 gody: ukaz Prezidenta RF ot 01.06.2012 N 761 [National children's strategy for 2012–2017 : Executive order N 761 of June 1st, 2012]. *Sobranie zakonodatel'stva Rossiiskoi Federatsii* [Coll. of legislation. of Rus. Federation]. 04.06.2012. N 23, Art. 2994. (In Russ.)

7. Ob osnovakh sistemy profilaktiki beznadzornosti i pravonarushenii nesovershennoletnikh : Feder. zakon ot 24.06.1999 N 120-FZ [About bases of system of prevention of neglect and offences of minors: Federal Law from June 24, 1999 of N 120-FZ]. *Sobranie zakonodatel'stva Rossiiskoi Federatsii* [Coll. of legislation. of Rus. Federation]. 28.06.1999. N 26, Art. 3177. (In Russ.)

8. Rean A.A. Sem'i riska. Deti. Obshchestvo [Risk family. Children. Society]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal* [National psychological journal]. 2007. N 1. Pp. 40–43. (In Russ.)

9. Sidorov P.I., Bocharova E.A., Solovov A.G. Problemnyi rebenok: psihosotsialnaya adaptatsiya i kachestvo zhizni [Problem child: psychosocial adaptation and quality of life]. Arhangel'sk. 2005. 217 p. (In Russ.)

10. Solovov A.G., Leus E.V. Otsenka sklonnosti podrostkov k sotsialno-psihologicheskoy dezadaptatsii vsledstvie deviantnogo povedeniya [Estimation of the propensity of adolescents to socio-psychological maladjustment due to deviant behavior]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Behtereva* [Review of Psychiatry and Medical Psychology of the V.M.Behtereva]. 2013. N 2. Pp. 100–102. (In Russ.)

11. Shikhantsov G.G. Yuridicheskaya psikhologiya [Legal psychology]. Moskva. 2006. 272 p. (In Russ.)

12. Eidemiller E.G. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'I [Psychology and psychotherapy of family]. Sankt-Peterburg. 1999. 656 p. (In Russ.)

13. Moffitt T., Caspi A., Harrington H. [et al.]. Males on the Life-Course Persistent and Adolescent-Limited Antisocial Pathway: Follow-Up at Age 26. *Development and Psychopathology*. 2002. Vol. 14, N 1. Pp. 179–207.

Received 26.06.2015

For citing. Leus E.V., Soloviev A.G., Novikova I.A. Disfunktsional'nye semeinye otnosheniya kak faktor delinkventnogo povedeniya u nesovershennoletnikh. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 58. Pp. 45–56. (In Russ)

Leus E.V., Soloviev A.G., Novikova I.A. Dysfunctional family relations as a factor of delinquent behaviour in minors. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 58. Pp. 45–56.

УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ЛИЧНОСТНОЙ И МЕЖЛИЧНОСТНОЙ КОНФЛИКТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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

Исследованы клинико-психологические особенности 173 больных с разными типами невротических расстройств, проведен сравнительный анализ внутриличностной конфликтности, установлены характерные различия, влияющие на формирование одного из трех типов невротического расстройства: истерического, неврастенического и обсессивно-фобического. Исследованы особенности потребностно-мотивационной сферы, внутриличностных и межличностных конфликтов, защитно-компенсаторных механизмов. На основании таких основных принципов системного подхода, как целостность, иерархичность, структуризация, множественность и системность, описаны три уровня дезорганизации при невротических расстройствах. Настоящая модель уровней дезорганизации является не только математически обоснованной, но и соответствует пониманию невротических нарушений с точки зрения биопсихосоциальной концепции психических расстройств и показывает приоритет психогенных механизмов в их формировании. Уровни дезорганизации целесообразно учитывать для определения мишеней и задач психотерапии при лечении пациентов с невротическими расстройствами, что создает основу для формирования дифференцированного комплексного персонализированного подхода в лечении пациентов этой нозологической группы.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, невротическое расстройство, истерия, неврастения, невроз навязчивых состояний, невротическая симптоматика, внутриличностный конфликт, межличностный конфликт, потребностно-мотивационная сфера, защитно-компенсаторный механизм.

Лысенко Ирина Сергеевна – мл. науч. сотр. науч.-организацион. отделения с клиникой внебольнич. психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: neolira@yandex.ru;

Караваева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., руководитель отделения лечения пограничных психич. расстройств и психотерапии, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: tania_kar@mail.ru.

Введение

Невротические расстройства представляют собой одну из самых распространенных форм пограничных нервно-психических заболеваний, рост заболеваемости которой в последние десятилетия среди населения отмечается как в России, так и в зарубежных странах [3, 4].

Комплексное применение различных методов исследования у пациентов с невротическими расстройствами (клинический, экспериментально-психологический, инструментально-лабораторный и др.) позволяет решать не только диагностические вопросы, но и определять направления и объем необходимых лечебных воздействий, выбор стратегии, мишеней, задач и содержания проводимой психотерапии [2, 7].

Исследование параметров внутриличностного конфликта, являясь междисциплинарной проблемой [1], имеет важное прикладное значение в клинической психологии, психотерапии и психиатрии, поскольку во многом обуславливает выбор и содержание психотерапевтических подходов в лечении пациентов с невротическими расстройствами [5, 6, 10].

В то же время система личностной организации, включающая в себя особенности внутриличностной конфликтности во взаимосвязи с межличностными противоречиями, мотивационными тенденциями, другими психологическими характеристиками при разных типах невротических расстройств, изучена недостаточна [8, 12].

Таким образом, актуальность данного исследования обусловлена необходимостью интеграции имеющихся знаний, получения комплексных представлений об особенностях внутри- и межличностных противоречий, их связи с рядом базисных личностных характеристик, что необходимо для определения специфических психотерапевтических мишеней и задач в рамках персонифицированного подхода к лечению пациентов с разными типами невротических расстройств.

Цель исследования – комплексное изучение уровня и структуры внутри- и межличностных конфликтов у больных с истерическим, невротическим, обсессивно-фобическим типом невротического расстройства с учетом особенностей потребностно-мотивационной сферы, симптоматического состояния и защитно-компенсаторных механизмов для более дифференцированного и персонализированного подхода к лечению.

Материал и методы

Изучили 173 больных с невротическими расстройствами, находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии

Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в 2009–2012 гг. Критерии включения больных были следующие: возраст от 18 до 55 лет, установленный диагноз невротического расстройства, подписанное информированное согласие. Исключались пациенты с когнитивными нарушениями, сопутствующей соматической патологией, коморбидными психическими расстройствами, а также отказавшиеся от обследования по независящим причинам, связанным с изменением жизненных обстоятельств у пациента.

Диагностику невротического расстройства осуществляли лечащим врачом и подтверждали комиссионной оценкой. Верификацию состояния проводили, исходя из традиционного классического представления о невротических расстройствах [4, 9]. Пациентов разделили на 3 группы, основываясь на этиопатогенетических механизмах формирования расстройства:

1-я ($n = 97, 56,1 \%$) – пациенты с истерическим типом невротического расстройства. Их клиническая картина характеризовалась преимущественно диссоциативными, конверсионными расстройствами, своеобразными фобическими и астеническими проявлениями (F 44, F 40, F 41 по МКБ-10);

2-я ($n = 46, 26,6 \%$) – пациенты с неврастеническим типом невротического расстройства, у которых преобладали общевротические и астенические нарушения (F48.0 по МКБ-10);

3-я ($n = 30, 17,3 \%$) – пациенты с обсессивным типом невротического расстройства (неврозом навязчивых состояний), представленным как обсессивно-фобическим вариантом в виде навязчивых переживаний страха с четкой фабулой, обостряющихся в определенных ситуациях при наличии достаточной критики (F 40, F 41.0 по МКБ-10), так и обсессивно-компульсивным, в клинической картине которого преобладали навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия (F 42 по МКБ-100).

Группы были схожи по половому и возрастному признакам, а также другим социально-демографическим характеристикам ($p > 0,05$ по ф-угловому преобразованию Фишера и критерию χ^2), что позволило корректно оценивать и сравнивать их мотивационные характеристики.

Обследование проводили с помощью методов: клинико-психологического, представленного картой клинических и социально-психологических показателей, разработанной в отделении неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева, анализом историй болезни, полуструктурированным интервью с пациентом, и экспериментально-психологического, включившего тестовые методики.

Для оценки симптоматического состояния использовали опросник Александровича (Aleksandrowicz J.W., 1981), для изучения внутриличностной конфликтности – методику А.И. Шпилова, на основании которой были описаны следующие виды конфликтов: мотивационный (между «хочу» и «хочу»), нравственный или моральный (между «хочу» и «надо»), конфликт нереализованного желания (между «хочу» и «могу»), ролевой (между «надо» и «надо»), адаптационный (между «надо» и «могу»), конфликт неадекватной самооценки (между «могу» и «могу») [1]. Особенности межличностного взаимодействия исследовали при помощи опросника Inventory of Interpersonal Problems (IIP), разработанного L.M. Horowitz и соавт., оценивали следующие качества: автократичность, конкуренцию, холодность, социальное избегание, неуверенность, уступчивость, заботливость, экспрессию [13].

Потребностно-мотивационную сферу исследовали с помощью методики психосемантической диагностики скрытой мотивации И.Л. Соломина [11] и методики диагностики полимотивационных тенденций в «Я-концепции» личности, модифицированный вариант Н.П. Фетискина и соавт. опросника «Пословицы» С.М. Петровой.

Использовали опросники для изучения психологических механизмов адаптации и способов преодоления внутриличностных и межличностных конфликтов, а именно: методику «Индекс жизненного стиля» (Life style index), адаптированную Л.И. Вассерманом с соавт.; адаптированный Т.Л. Крюковой вариант методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» N.S. Endler, J.A. Parker, модифицированный вариант методики Е. Heim и Томский опросник ригидности (TOP), разработанный Г.В. Залевским.

Математико-статистический анализ включил описательную статистику, оценивали центральные тенденции показателей по группам. Полученные данные сравнили с помощью U-критерия Манна–Уитни для независимых выборок. С помощью факторного анализа методом наибольшего соответствия с вращением выявляли группы показателей, которые в наибольшей степени обуславливали дисперсию изученных признаков в общей группе. Компьютерную обработку результатов исследования осуществляли на основе пакетов прикладной программы и SPSS-19.

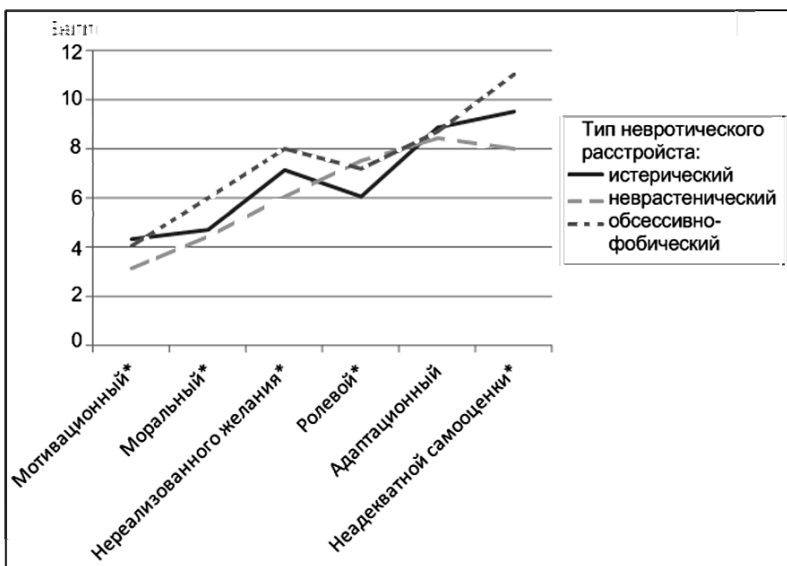
Результаты и их анализ

В результате анализа полученных данных были выявлены как общие, так и характерные для каждого типа невротических расстройств особенности. У больных с невротическими расстройствами общий индекс выра-

женности психопатологической симптоматики по опроснику J.W. Aleksandrowicz составил ($35,3 \pm 1,7$) баллов, а уровень невротичности – ($38,1 \pm 1,8$) баллов, что значительно превышало нормативные значения ($p < 0,05$). Отмечался высокий уровень тревоги и чрезмерная фиксация на функциональных нарушениях в работе различных органов и систем, аффективная неустойчивость.

Показатели выраженности невротической симптоматики у больных 1-й группы превышали норму по всем шкалам в 3-4 раза ($p < 0,05$), что указывало на полиморфизм и преувеличение значимости невротической симптоматики, отмечались фиксация на соматических нарушениях, страхи и достоверно более высокий уровень невротичности по сравнению с другими группами. Общими особенностями указанных нарушений, как правило, являлись небольшая глубина, демонстративность, нарочитость переживаний и совершенно определенная ситуационная их обусловленность. Для больных 2-й группы были характерны бессонница и головная боль, а также различные вегето-висцеральные симптомы, соматические нарушения (учащенное сердцебиение, не вызванное физическими усилиями и др.), астенические и депрессивные состояния, затрудняющая жизнь неуверенность в себе ($p < 0,05$). Больные 3-й группы характеризовались наличием жалоб на страхи и навязчивости ($p < 0,05$). При всех трех типах невротического расстройства отмечались жалобы на переживания неприятных событий, беспокойство, тревога и напряжение.

Общий уровень внутриличностной конфликтности, выявленный с помощью методики А.И. Шипилова, у больных с невротическими был на уровне средних значений ($40,5 \pm 1,0$) балла, наиболее выраженным являлся конфликт неадекватной самооценки – ($9,4 \pm 0,3$) балла, что свидетельствовало о расхождении между уровнем притязаний и оценкой своих реальных возможностей. Высокое значение также отмечалось по шкале адаптационного конфликта – ($8,7 \pm 0,2$) балла. Он возникал при несоответствии профессиональных, физических и психологических способностей требованиям окружающей среды, что указывает на сниженную гибкость и трудности в приспособлении пациентов к реальной жизненной ситуации. Противоречия между внутренними мотивами были менее выражены – ($3,98 \pm 0,2$) балла, это связано с тем, что они в меньшей степени подвергаются осознанию и рефлексии. Данные по группам представлены на диаграмме (рисунок).



Внутриличностные конфликты у больных с разными типами невротических расстройств (* – показатели, по которым группы достоверно отличались)

Больные 1-й группы в большей степени переживали конфликт неадекватной самооценки – $(9,5 \pm 0,3)$ баллов по сравнению с больными 2-й группы ($p < 0,05$), что свидетельствовало о более выраженных противоречиях в оценке себя, своих качеств, достоверно был более выражен конфликт между различными мотивами ($p < 0,01$) и противоречия между желаниями и возможностями их реализовать ($p < 0,05$), чем у больных 2-й группы. Больным с истерическим невротическим расстройством была свойственна неадекватно завышенная самооценка, что значительно расходилось с их возможностями. Они более остро переживали фрустрацию потребностей, удовлетворение которых не достигалось. Было выявлено, что противоречия в отношении к социальным и профессиональным обязательствам у больных 1-й группы были достоверно менее выражены, чем у больных 2-й и 3-й групп, соответственно $(6,0 \pm 0,3)$, $(7,5 \pm 0,4)$ и $(7,2 \pm 0,5)$ балла; $p < 0,01$ и $p < 0,05$. Также менее выражен был моральный конфликт (между желаниями и требованиями к себе), чем у больных 3-й группы.

У больных 2-й группы отмечались более высокие показатели ролевой во внутриличностного конфликта по сравнению с 1-й группой, противоречия в мотивационной сфере были менее выраженными, чем в других груп-

пах. Так мотивационный конфликт и конфликт нереализованного желания были менее интенсивными, чем в 1-й и в 3-й группах, моральный конфликт был также несколько менее выражен по сравнению с 3-й группой. Противоречия в самооценке проявлялись в меньшей степени, чем у больных 1-й и 3-й групп, при этом в профиле внутриличностной конфликтности конфликт неадекватной самооценки был преобладающим наряду с адаптационным. Данные больные переоценивали свои возможности, и преимущественно за счет выраженного и свойственного им перфекционизма стремились к повышению требований к себе. Проявления перфекционизма способствовали постоянным сомнениям относительно полноценности законченности каких-либо действий, качества проделанной работы, ценности полученного результата, что в конечном итоге приводило к фрустрации, повышению тревоги, в некоторых случаях к ананкастности.

У больных 3-й группы профиль внутриличностной конфликтности находился выше, чем у больных 2-й группы ($p < 0,05$). Отмечалась достоверно более высокая выраженность конфликтов между желаниями и долженствованием ($p < 0,05$), противоречий в самооценке по сравнению с другими группами. Был более выражен конфликт между желаниями, потребностями и собственными возможностями ($p < 0,01$), чем у больных 2-й группы, был интенсивнее ролевой конфликт по сравнению с 1-й группой.

Ведущее место в профиле межличностных проблем, выявленных с помощью методики исследования межличностных отношений по опроснику ИР L.M. Ногоwitz и соавт., у больных всех групп занимали шкалы «неуверенность» и «уступчивость». Высокий уровень неуверенности – ($14,3 \pm 0,6$) балла – проявлялся прежде всего в нерешительности, несамостоятельности, трудностях принимать решения и нести за них ответственность. Излишняя уступчивость – ($13,2 \pm 0,5$) балла – отражала склонность пациентов избегать конфликтов, соглашаясь с мнением и решениями окружающих даже при внутреннем несогласии с ними. Такой способ взаимодействия в межличностных отношениях позволял больным с невротическими расстройствами справляться с базальной тревогой и контролировать окружающих своей зависимостью от них, получать одобрение от окружающих, хотя и являлся неконструктивным, поскольку приводил в конечном итоге к неудовлетворенности, внутреннему напряжению, раздражительности, обострению внутриличностных противоречий.

Среди выявленных особенностей межличностных отношений у больных 1-й группы преобладали неуверенность, заботливость и уступчивость в сочетании с экспрессией – ($13,3 \pm 0,5$) балла, что свидетельствова-

ло о демонстративных тенденциях. Декларирование приоритета интересов и потребностей окружающих и социально привлекательного поведения происходило с целью получения одобрения со стороны окружающих.

У больных 2-й группы межличностные затруднения по сравнению с пациентами 1-й группы выражены в меньшей степени ($p < 0,05$), среди личностных качеств, проявляющихся при общении, на первый план вышло открытое выражение альтруистических мотивов – ($12,5 \pm 1,3$) балла.

Больные 3-й группы также испытывали значительные трудности в межличностных отношениях, сложности возникали в связи с выраженной неуверенностью – ($14,9 \pm 1,1$) балла и склонностью к социальному избеганию – ($14,8 \pm 1,1$) балла при $p < 0,05$.

Анализ потребностно-мотивационной сферы по результатам методики психосемантической диагностики скрытой мотивации И.Л. Соломина показал, что у больных 1-й группы отмечалось наличие противоречивых мотивационных тенденций между желанием сохранить независимость и стремлением к самостоятельности – ($1,4 \pm 0,7$) балла, носящих преимущественно декларативный характер, и ожиданием понимания, сочувствия, поддержки со стороны окружающих – ($1,4 \pm 0,8$) балла, обе потребности наиболее часто встречались у больных данной группы. Тревожное состояние, негативные эмоции и возможность удовлетворения собственных потребностей зависели в большей степени от внешних условий и носили ситуативно обусловленный характер, на что указывал большой разброс выраженности потребностей в различных жизненных ситуациях. Наиболее эмоционально дискомфортными ситуациями являлись негативно окрашенное общение с окружающими, конфликты. Определяющими, по результатам анализа, в формировании мотивов являлись две группы состояний: аффективно-негативные (грусть, недовольство, обида, беспокойство, возмущение, тревога, усталость) и эгоистично-гедонистические (потребность в эмоциональной поддержке и стремление к общению, развлечению и отдыху).

Больные 2-й группы чаще всего отмечали у себя потребность в самодовольствии, проявлении независимости и самостоятельности – ($1,4 \pm 0,6$) балла, в отдыхе, необходимость в удовлетворении физиологических потребностей (выявленная с помощью факторного анализа), поддерживающих жизнеобеспечение организма. Данные тенденции имели противоречивую картину: с одной стороны, стремление к проявлению независимости и самостоятельности требовало активной личностной вовлеченности, затрат энергии, приложения усилий, с другой – потребность в отдыхе и спокойствии предполагала значительное уменьшение активности, ограничение

внешних раздражителей. Стабильность мотивационной сферы, ее детерминированность внутренними, а не внешними факторами у больных этой группы была несколько выше, чем у пациентов с других групп.

Для пациентов 3-й группы были наиболее свойственны состояния волнения, беспокойства, тревоги – ($1,4 \pm 0,7$) балла, ощущение нехватки понимания и поддержки – ($1,3 \pm 0,8$) балла и стремление к общению – ($1,3 \pm 0,8$) балла. Потребности в отдыхе, в безопасности и в общении являлись наиболее значимыми. Внешние обстоятельства значительно влияли на формирование мотивов, в большей степени это было характерно для стремления к эмоциональному благополучию, удовлетворению физиологических потребностей и взаимодействию с окружающими. У больных данной группы была установлена семантическая близость потребности в эмоциональном благополучии и безопасности с потребностью в социальной изоляции.

Пациенты с невротическими расстройствами в целом характеризовались низкой способностью к нюансировке эмоциональных состояний, они плохо осознавали и дифференцировали свои переживания и потребности (выделенные факторы по общей группе 61,4 % от всей дисперсии), что осложняло возможность их удовлетворения и увеличивало эмоциональное напряжение.

Мотивационные тенденции выявлялись с помощью методики диагностики полимотивационных тенденций в «Я-концепции». Согласно результатам, устойчивые стремления личности, направленности формирования мотивов, определяющие поведение индивида в достижении его жизненных целей и отношениях с окружающими, также имели отличия в исследованных группах.

У больных 1-й группы отмечались несколько более выраженная направленность на упрощенные способы существования по сравнению с другими типами ($p < 0,05$), внешнее стремление положительно относиться к окружающим людям ($65,8\%$; $p < 0,01$), реже встречалась трудовая мотивационная установка ($p < 0,05$), чаще встречалось противоречивое отношение к выполнению социальных и групповых норм ($p < 0,01$), к разрешению трудностей и формированию индивидуальности ($p < 0,01$).

У больных 2-й группы отмечались готовность к деятельности (77,1 %), преодолению трудностей, к достижениям ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно), мотивационная установка, направленная на помощь окружающим (94,3 %), самостоятельность. Для них были более характерны противоречивые сочетания стремления положительно оценивать перспек-

тивы деятельности и ожидания неблагополучия, противоречия в стремлении избежать неприятности и достигнуть совершенства ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно).

У больных 3-й группы были несколько выше аскетические мотивационные тенденции ($p < 0,05$), проявляющиеся в избегании гедонистических стремлений, направленность на учет и усвоение образцов поведения, норм и правил общества ($p < 0,05$), в большей степени выражены опасения неприятностей ($p < 0,05$), противоречия в отношении к себе, своим интересам и потребностям, в проявлении себя по отношению к окружающим, стремление не выделяться на фоне окружающих может сочетаться с лидерскими позициями (76,9 %; $p < 0,05$).

Больным с невротическими расстройствами были свойственны выраженные противоречия в мотивационных тенденциях, наблюдавшиеся более чем у 40 %. Значимость собственных интересов и потребностей, стремление к лидерским позициям расходились с ориентацией на социально наиболее одобряемые и ожидаемые со стороны окружающих формы поведения, активное стремление разрешать трудности дисгармонично сочеталось с избеганием неприятностей и стремлением к комфортному существованию.

Механизмы психологической защиты по методике «Индекс жизненного стиля», являясь чаще всего пассивными и неосознаваемыми средствами преодоления внутриличностных конфликтов, выполняли функцию адаптации к внешним факторам, а также устранения из сознания неприятных мыслей, действий, качеств, импульсов. Успешность бессознательного преодоления тревожных переживаний была обусловлена степенью зрелости используемых механизмов и разнообразием репертуара психологических защит, гибкостью их применения в различных ситуациях.

Механизмы психологической защиты у больных с невротическими расстройствами характеризуются неадаптивностью. У пациентов 1-й группы была выражена склонность использовать незрелые эго-защиты, избегать тревог и напряжений, возникающих в результате внутриличностных конфликтов, наиболее простыми способами, характерными для этапов более раннего эмоционального развития – (75,5 ± 4,4) балла ($p = 0,01$), трансформировать внутренние импульсы в субъективно понимаемую ими противоположность (70,6 ± 3,5) балла ($p < 0,05$). Для больных 2-й группы было характерно подавление неприятных импульсов – (66,5 ± 4,7) балла ($p = 0,05$), использование более зрелых механизмов психологической защиты, таких как компенсация – (67,5 ± 6,5) балла. У больных 3-й группы собст-

венные неприемлемые импульсы не осознавались и приписывались окружающим – $(70,5 \pm 6,6)$ балла ($p < 0,05$), незрелость механизмов психологической защиты проявлялась в снижении напряжения за счет ухода от сознательного самоконтроля – $(82,0 \pm 4,6)$ балла ($p < 0,01$).

Копинг-стратегии у здоровых лиц выражаются в сознательной активности, направленной на преобразование обстоятельств и отношений, позволяющей снизить тревогу, силу переживаний и внутриличностных противоречий. Характер нарушения их функционирования у больных с невротическими расстройствами оценивался по результатам, полученным по методике «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» и модифицированного варианта методики Е. Нейм. Вместе с механизмами психологической защиты они образовывали единую защитно-компенсаторную систему и имели различия в зависимости от содержания и выраженности внутриличностных конфликтов.

Было выявлено, что пациенты с невротическими расстройствами использовали как адаптивные, так и неадаптивные варианты совладающего поведения. Больные 1-й группы достоверно чаще использовали неадаптивное «активное избегание» ($p < 0,05$) и относительно адаптивные способы совладания ($p < 0,05$) в поведенческой сфере. Реже отмечались стратегии, направленные на разрешение задачи ($p < 0,05$). У пациентов 2-й группы реже проявлялись адаптивные способы совладания в эмоциональной сфере ($p < 0,05$), связанные с выражением чувств. Больные 3-й группы, помимо «проблемного анализа», использовали «смирение», «религиозность», что указывало на уязвимость копинг-стратегий в когнитивной сфере.

Еще одним механизмом снижения тревоги, обусловленной внутри- и межличностной конфликтностью, являлась выработка фиксированных форм поведения, психическая ригидность, которая в то же время затрудняет адаптацию личности к изменяющимся условиям внешней среды. У больных 1, 2 и 3-й групп отмечались высокие показатели общей психической ригидности по Томскому опроснику ригидности ($129,6 \pm 2,6$), ($125,1 \pm 4,1$) и ($125,1 \pm 4,6$) баллов соответственно, сенситивной ($125,1 \pm 4,6$), ($42,9 \pm 1,7$) и ($42,2 \pm 1,4$) баллов соответственно и ригидности как состояния ($15,9 \pm 0,5$), ($15,2 \pm 0,8$) и ($16,4 \pm 0,4$) баллов соответственно. Ситуации, требующие изменения поведения, гибкости, воспринимались как неприятные и остро эмоционально переживались. Больные с разными типами невротических расстройствами незначительно отличались по данным показателям ($p > 0,05$), что отражало общий уровень дезадаптации.

Было выявлено, что симптоматическое состояние, выраженность внутриличностных конфликтов и межличностных трудностей, характеристики потребностно-мотивационной сферы и защитно-компенсаторных механизмов имеют многочисленные взаимосвязи преимущественно слабой силы во всех трех группах ($p < 0,05$). В связи с этим после выделения и описания основных характеристик, свойственных пациентам с невротическими расстройствами, был проведен факторный анализ исследованных параметров, который позволил объективизировать структурные элементы анализа характеристик больного с невротическими расстройствами.

На основании таких основных принципов системного подхода, как целостность, иерархичность, структуризация, множественность и системность, с помощью факторного анализа было выделено 3 основных группы показателей (факторов), которые описывают различные уровни дезорганизации при невротических расстройствах.

1-й фактор. Внутриличностный (психологический) уровень дезорганизации (14,3 % факторных нагрузок) включил два основных базисных конфликта: конфликт неадекватной самооценки (0,8) и фрустрированная потребность в безопасности (0,7) и эмоциональном благополучии (0,7). Более высокий процент обусловливания признаков по сравнению с другими выделенными факторами позволил определить, что конфликт неадекватной самооценки является ядром личностных нарушений и отражает противоречия в отношении к себе, в оценке своих качеств, возможностей, способностей. Напряжение усугубляется, когда притязания и самооценка не соответствуют реальным возможностям. Это отношение является центральным в системе отношений личности больных с невротическими расстройствами и не разрешаемым конструктивным способом. Данный конфликт является основой для всех типов невротических расстройств, однако содержание и интенсивность несколько различались.

Так, у больных 1-й группы отмечались расхождения между высоким уровнем притязаний, высокой самооценкой и действительными возможностями. Они тяжело реагируют на снижение самооценки, поскольку уровень притязаний остается высоким, для них непереносимо ощущение своей малозначимости.

У больных 2-й группы также отмечалась несостоятельность самооценки. Имея высокий уровень притязаний и неспособность его снизить, они предъявляют к себе повышенные требования, стремятся выполнить все необходимые задачи, которые ставят перед ними окружающие. В данном случае снижение самооценки приводит к мобилизации всех возмож-

ных ресурсов организма, а в последующем – к их истощению и адаптационному срыву. Так что переоценка своих возможностей и формирование неадекватного самовосприятия способствует постановке целей, требующих чрезмерных усилий, что и приводит к декомпенсации состояния и проявлению клинических нарушений.

У пациентов 3-й группы отмечались наиболее высокие показатели по базовому внутриличностному конфликту, его уровень достоверно выше по сравнению с другими группами. Данным пациентам свойственны сниженная самооценка, недоверие к себе, высокая степень критичности по отношению к собственным возможностям, сомнения в наличии личностных качеств, достаточных для построения взаимоотношений.

Также одной из важнейших составляющих этого уровня дезорганизации при невротических расстройствах являлась неудовлетворенная потребность в безопасности и эмоциональном благополучии, характерная для всех типов больных с невротическими расстройствами. Пациенты часто испытывали неуверенность, волнение, обеспокоенность, чувствовали тревогу, нуждались в удовлетворении потребности в безопасности и доверии. Больные с невротическими расстройствами недостаточно осознавали данную потребность, несмотря на то что она являлась образующей в спектре состояний в различных жизненных условиях.

2-й фактор. Социальный уровень дезорганизации (11,3 % факторных нагрузок) проявлялся в нарушении социального функционирования, обусловленного неудовлетворенной потребностью в общении (0,8). Пациенты с невротическими расстройствами испытывали не только потребность в установлении контакта с окружающими, но и в реализации способности поддерживать полноценные взаимоотношения с окружающими, то есть эмоционально насыщенные, основанные на взаимном принятии, понимании и совместной деятельности. У больных 1-й группы трудности в межличностных контактах проявлялись как стремление к демонстрации положительных отношений и желание получать положительный отклик, что сочетается с сильным переживанием негативных чувств, недовольства, гнева, раздражения и обид в адрес окружающих, что в конечном итоге приводило к дистанцированию и фрустрации потребности в общении. У пациентов 2-й группы отмечались тенденции соответствовать ожиданиям окружающих, в том числе в ущерб своим собственным потребностям, что приводило к истощению и нарушению взаимности процесса общения. У больных 3-й группы наблюдалось выраженное внутреннее противоречие между значимыми потребностями и моральными ценностями, при этом

непонимание природы источника тревоги и напряжения приводило к социальной изоляции.

3-й фактор. Симптоматический (психофизиологической) уровень дезорганизации (10,6 % факторных нагузок) определялся уровнем невротичности (0,9) и клиническими проявлениями имеющихся нарушений (0,8).

Данные показатели отражали наличие выраженного нервно-психического напряжения, нарушения работы вегетативной нервной системы, кроме этого, эмоциональную реакцию и субъективную значимость отклонений в функционировании организма.

Полученная модель уровней дезорганизации является не только математически обоснованной, но и соответствует пониманию невротических нарушений с точки зрения биопсихосоциальной концепции психических расстройств и показывает приоритет психогенных механизмов в их формировании. Защитно-компенсаторные механизмы можно рассматривать как обуславливающие общую степень дезорганизации.

В соответствии с описанными уровнями дезорганизации и данными статистического анализа, выделены нарушения, характерные как для невротических расстройств в целом, так и специфические для каждого типа, которые должны лежать в основе определения мишеней психотерапевтического воздействия, что дает возможность увеличить эффективность интервенций, дифференцированно выбирать тактику лечения, создать условия для персонализированного подхода.

Заключение

В результате расширенного исследования внутриличностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами были выявлены общие и характерные для истерического, неврастенического, обсессивно-фобического типов особенности.

Показатели выраженности невротической симптоматики, внутриличностных конфликтов, межличностных трудностей, характеристики потребностно-мотивационной сферы и защитно-компенсаторных механизмов взаимосвязаны между собой у больных всех трех групп.

В связи с этим применение системного подхода и использование факторного анализа для обработки данных являлось целесообразным, поскольку позволило выделить уровни дезорганизации, включающие группы наиболее значимых показателей.

Таким образом, было выявлено, что у больных с невротическими расстройствами дезорганизация происходит на внутриличностном (психологическом), межличностном (социальном) и симптоматическом (психофизиологическом) уровнях, что соответствует пониманию невротических нарушений с точки зрения биопсихосоциальной концепции психических расстройств и показывает приоритет психогенных механизмов в их формировании.

Мишени и задачи психотерапии целесообразно выделять с учетом уровней дезорганизации как для невротических расстройств в целом, так и специфические для каждого типа, что позволит обоснованно применять дифференцированный, комплексный, персонализированный подход в лечении пациентов.

Литература

1. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология. – М. : Эксмо, 2009. – 512 с.
2. Вахренева О.А., Колотильщикова Е.А. Особенности структуры личности больных с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами // Вестн. психотерапии. – 2014. – № 50(55). – С. 30–46.
3. Караваева Т.А. Влияние социально-экономических факторов на клиническую картину больных с невротическими расстройствами // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 1. – С. 71–74.
4. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
5. Колотильщикова Е.А. Психологические основы неврозогенеза: основные концепции и модели // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 30–56.
6. Колотильщикова Е.А. Психотерапия невротических расстройств: психологические факторы и механизмы // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 2. – С. 146–170.
7. Колотильщикова Е.А. Психологическая диагностика невротических расстройств // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – Т. 10, № 10. – С. 91–108.
8. Лим А.В., Исурина Г.Л. Особенности внутриличностных конфликтов и мотивационной сферы у больных с невротическими расстройствами // Науч. исследования выпускников ф-та психологии СПбГУ : сб. ст. / под ред. А.В. Шаболтас. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2014. – Т. 2. – С. 165–172.
9. Мясидцев В.Н. О генетическом понимании // Совет. невропсихиатрия. – Л., 1939. – Вып. 2. – С. 112–140.
10. Назыров Р.К., Логачева С.В., Холявко В.В. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами // Психич. здоровье. – 2012. – № 1. – С. 14–19.
11. Соломин И.Л. Психосемантическая диагностика скрытой мотивации : метод. руководство. – СПб. : ИМАТОН, 2001. – 112 с.

12. Щелкова О.Ю., Иовлев Б.В. Перспективы развития медицинской психодиагностики с позиций системного подхода // Ананьевские чтения - 2009: Современная психология: методология, парадигмы, теория. – СПб., 2009. – Вып. 2. Методологический анализ теорий, исследований и практики в различных областях психологии. – С. 317–320.

13. Horowitz M.J. Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. – Chicago : University of Chicago Press, 1991. – 444 p.

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

Поступила 23.12.2015

Для цитирования. Лысенко И.С., Караваяева Т.А. Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 57–74.

**THE LEVEL AND THE STRUCTURE OF PERSONAL AND INTERPERSONAL CONFLICT
IN PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS (SYSTEMATIC STUDY
THAT DETERMINES TARGETS AND OBJECTIVES OF PSYCHOTHERAPY)**

Lysenko I.S., Karavaeva T.A.

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

Lysenko Irina Sergeevna – junior research worker of the organizational department of the clinic outpatient psychotherapy at the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: neolira@yandex.ru;

Karavaeva Tatiana Arturovna – Dr. Med. Sci., head of the department of boundary alienations and psychotherapy, a leading researcher at the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: tania_kar@mail.ru.

Abstract. We studied the clinical and psychological characteristics of 173 patients with different types of neurotic disorders, a comparative analysis of intrapersonal conflict, set specific differences that influence the formation of one of the three types of neurotic disorders. The features of the need-motivational sphere were examined. Violations in this sphere are the basic intrapersonal conflicts largely determine their contents. The three levels of disorganization in neurotic disorders were described on the basis of principles of the system approach such as integrity, hierarchy, structuring, multiplicity and consistency. This model of the levels of disorganization is not only mathematically proven but also consistent with the understanding of neurotic disorders in terms of the biopsychosocial concept of psychiatric disorders and shows the

priority of psychogenic mechanisms in their formation. The targets and objectives of psychotherapy for neurotic disorders in general and specific for each type were marked. These results form the basis for the formation of differentiated, integrated, personalized approach to the treatment of patients in this nosological group.

Keywords: clinical (medical) psychology, neurotic disorders, hysteria, neurasthenia, obsessive-compulsive disorder, symptoms, conflict (psychology), need, motivation, defense mechanisms, coping behavior.

References

1. Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. *Konfliktologiya* [Conflictology]. Moskva. 2009. 512 p. (In Russ.)

2. Vakhreneva O.A., Kolotil'shchikova E.A. Osobennosti struktury lichnosti bol'nykh s nevrasteniei i nevrozopodobnymi rezidual'no-organicheskimi rasstroistvami [Features of the structure of the personality of patients with neurasthenia and neurosis-like residual organic disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50. Pp. 30–46. (In Russ.)

3. Karavaeva T.A. Vliyaniye sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov na klinicheskuyu kartinu bol'nykh s nevrotycheskimi rasstroistvami [Influence of socio-economic factors on the clinical picture of patients with neurotic disorders]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2010. N 1. Pp. 71–74. (In Russ.)

4. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moskva. 1990. 576 p. (In Russ.)

5. Kolotil'shchikova E.A. Psikhologicheskie osnovy nevrozogeneza: osnovnye kontseptsii i modeli [Psychological foundations for neurotic disorders: basic concepts and models]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2015. Vol. 11, N 1. Pp. 30–56. (In Russ.)

6. Kolotil'shchikova E.A. Psikhoterapiya nevrotycheskikh rasstroistv: psikhologicheskie faktory i mekhanizmy [Psychotherapy of neurotic disorders: psychological factors and mechanisms]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2015. Vol. 11, N 2. Pp. 146–170. (In Russ.)

7. Kolotil'shchikova E.A. Psikhologicheskaya diagnostika nevrotycheskikh rasstroistv [Psychological diagnostics of neurotic disorders]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. Vol. 10, N 10. Pp. 91–108. (In Russ.)

8. Lim A.V., Isurina G.L. Osobennosti vnutrilichnostnykh konfliktov i motivatsionoi sfery u bol'nykh s nevrotycheskimi rasstroistvami [Features of intrapersonal conflicts and motivational sphere in patients with neurotic disorders]. *Nauchnye issledovaniya vypusknikov fakul'teta psikhologii SPbGU* : collection of scientific works [Scientific studies graduates of the Faculty of St. Petersburg State University of Psychology]. Saint-Petersburg. 2014. Vol. 2. Pp. 165–172. (In Russ.)

9. Myasishchev V.N. O geneticheskome ponimani [Genetic understanding of psychoneurosis]. *Sovetskaya nevropsihiatriya* [Soviet neuropsychiatry]. Leningrad. 1939. Issue 2. Pp. 112–140. (In Russ.)

10. Nazyrov R.K., Logacheva S.V., Kholyavko V.V. Tipologiya psikhoterapevticheskikh mishenei i ee ispol'zovanie dlya povysheniya kachestva individual'nykh

psikhoterapevticheskikh programm v lechenii bol'nykh s nevrotycheskimi rasstroistvami [Typology of psychotherapeutic targets and its use to improve the quality of individual psychotherapy programs in the treatment of patients with neurotic disorders]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [The Russian mental health]. 2012. N 1. Pp. 14–19. (In Russ.)

11. Solomin I.L. Psikhosemanticheskaya diagnostika skrytoi motivatsii [Psychosemantic diagnosis of hidden motivation: a guide]. Sankt-Peterburg. 2001. 112 p. (In Russ.)

12. Shchelkova O.Yu., Iovlev B.V. Perspektivy razvitiya meditsinskoj psikhodiagnostiki s pozitsii sistemnogo podkhoda [Prospects for the development of medical psycho-diagnostics with system approach]. *Anan'evskie chteniya - 2009: Sovremennaya psikhologiya: metodologiya, paradigmy, teoriya*: Scientific. Conf. Proceedings [Anan'evskij reading – 2009: Modern psychology: methodology, paradigm theory]. Sankt-Peterburg. 2009. Issue 2. Metodologicheskii analiz teorii, issledovaniy i praktiki v razlichnykh oblastiakh psikhologii [Methodological analysis of theory, research and practice in different areas of psychology]. Pp. 317–320. (In Russ.)

13. Horowitz M.J. Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. Chicago: University of Chicago Press. 1991. 444 p.

Received 23.12.2015

For citing. Lysenko I.S., Karavaeva T.A. Uroven' i struktura lichnostnoj i mezhlichnostnoj konfliktnosti u bol'nykh s nevrotycheskimi rasstrojstvami (sistemnoe issledovanie s tsel'yu opredeleniya mishenej i zadach psikhoterapii). *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 58. Pp. 57–74. (In Russ)

Lysenko I.S., Karavaeva T.A. The level and the structure of personal and interpersonal conflict in patients with neurotic disorders (systematic study that determines targets and objectives of psychotherapy). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 58. Pp. 57–74.

ЧТО ДУМАЮТ ОБ ЭВТАНАЗИИ РОДСТВЕННИКИ БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЯМИ И БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА?

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
(Россия, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15)

Представлены результаты изучения отношения 23 родственников больных с деменциями, в том числе болезнью Альцгеймера, к эвтаназии. При помощи структурированной анкеты установлено, что существуют разнонаправленные представления об эвтаназии в правовых, социокультурных, духовных и личностных аспектах данной проблемы.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, социальная психология, деменция, болезнь Альцгеймера, родственники больных, ухаживающие, смерть, эвтаназия.

Введение

Деменции, в том числе болезнь Альцгеймера, в современном мире являются одной из актуальных социальных проблем, значимость которой постоянно возрастает [3]. Несмотря на то что проблема деменций уже далеко вышла за рамки медицины, уровень информированности о ней в обществе довольно низок [2], что может приводить к позднему обращению таких больных за медицинской помощью [5]. В то же время, довольно распространены заблуждения в отношении мер профилактики развития деменции, следование которым не имеет серьезных научных обоснований [6].

Социальная роль деменций определяется и тем, что негативные последствия самого заболевания с течением времени проявляются и на окружающих больных людях. Родственники больных с деменциями испытывают большую физическую и психологическую нагрузку в ходе осуществления ухода за ними.

Длительное пребывание в ситуации повышенного эмоционального напряжения может приводить к нарушению психической адаптации личности, снижению уровня ее адаптационного потенциала [7], что опосредованно негативно сказывается на качестве жизни [4]. Субъективно неразрешимая для личности ситуация, достигающая уровня кризиса, может сопровождаться мнимой или реальной угрозой для фундаментальных потребно-

Николаев Евгений Львович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015. г. Чебоксары, Московский пр., 15); e-mail: pzdorovie@bk.ru.

стей личности [10], нарушением функционированием буфера тревоги [9], снижая антисуицидальные барьеры личности. Так, в контексте больного с деменцией и ухаживающего за больным родственника может возникнуть дискурс ухода из жизни.

Тема осознанного ухода из жизни в контексте деменции актуализирует еще один научный дискурс – проблему эвтаназии. Междисциплинарная проблема эвтаназии является сегодня одной из наиболее дискутируемых этических проблем, чаще лежащей в плоскости медицины [1] и права [8]. В мировой научной литературе существует целый пласт исследований, затрагивающий медицинские аспекты проблемы деменции и эвтаназии. Часть из них посвящена изучению вопросов осведомленности об эвтаназии врачей и ухаживающих за больными деменциями [14], отношению различных групп населения к эвтаназии при деменции [11–13, 15, 16].

Несмотря на то что в Российской Федерации практика эвтаназии запрещена, теоретические споры между ее сторонниками и противниками не утихают [1, 8]. В этой связи, с учетом того, что подобные исследования в нашей стране отсутствуют, значительный научный интерес представляет уточнение существующих взглядов различных групп населения к данной биоэтической проблеме.

Цель исследования – определить особенности отношения родственников больных различными формами деменций к эвтаназии.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 23 близких родственника больных, страдающих различными формами деменции (F01.2, F01.3, F01.8 по МКБ-10), в том числе болезнью Альцгеймера (F00.1, F00.2 по МКБ-10). Возраст опрошенных составил от 34 до 78 лет, в среднем – $(55,9 \pm 2,0)$ года. Мужчин было 5 (21,7 %), женщин – 18 (78,3 %). Все родственники в период опроса принимали непосредственное участие в осуществлении ухода за больными родственниками в силу их беспомощного состояния, связанного с деменцией.

В качестве инструмента для сбора информации использовали специально разработанную структурированную анкету. Ее 19 утверждений составлены таким образом, чтобы по ответам респондентов стало возможным выявить специфику их отношения к медицинским, правовым, этическим, социокультурным, духовным и личностным аспектам эвтаназии.

С учетом того, что не все опрошиваемые родственники могли представлять себе точно содержание понятия эвтаназии, до начала работы с ан-

кей им предлагалось ознакомиться с общими аспектами проблемы эвтаназии. Эвтаназия – это медицинский термин, который относится к преднамеренному и безболезненному прекращению жизни человека, страдающего неизлечимой болезнью, переживающего мучительные страдания без надежды на излечение.

При математико-статистической обработке полученных результатов применяли методы описательной статистики (процентные показатели, расчет среднего значения и стандартного отклонения).

Анкета отношения к эвтаназии

Инструкция: Выразите свое согласие или несогласие с каждым утверждением, выбрав наиболее подходящий для Вас вариант ответа из четырех предложенных: 4 – да; 3 – скорее да, чем нет; 2 – скорее нет, чем да; 1 – нет.

№	Утверждение	Оценка			
		1	2	3	4
1.	Каждый человек вправе принимать решения в отношении своей собственной жизни				
2.	В своей жизни я уже имею опыт таких ситуаций, в которых можно было бы применить эвтаназию				
3.	Считаю, что эвтаназия – это больше медицинская проблема				
4.	Считаю, что эвтаназия – это больше правовая проблема				
5.	Считаю, что эвтаназия – это больше морально-нравственная проблема				
6.	Считаю, что эвтаназию необходимо легализовать				
7.	Считаю, что наша страна не готова к легализации эвтаназии из-за несовершенства отечественной медицины				
8.	Считаю, что наша страна не готова к легализации эвтаназии из-за низкого морального уровня медицинских работников				
9.	Считаю, что наша страна не готова к легализации эвтаназии из-за несовершенства законодательной базы				
10.	Считаю, что наша страна пока не готова к легализации эвтаназии из-за многовековых традиций неисполнения законов				
11.	Легализация эвтаназии свидетельствует о высоком уровне развития гуманизма в обществе				
12.	Легализация эвтаназии свидетельствует о высоком уровне бездуховности общества				
13.	Мог (могла) бы согласиться с применением эвтаназии по отношению к себе				
14.	При определенных обстоятельствах я допускаю возможность применения эвтаназии к своим родственникам и близким				
15.	Считаю, что легализация эвтаназии может привести к различным злоупотреблениям				
16.	Считаю, что легализация эвтаназии противоречит божественной сущности человека				

№	Утверждение	Оценка			
		1	2	3	4
17.	Считаю, что легализовать нужно только пассивную эвтаназию				
18.	Поддерживаю опыт тех стран, в которых эвтаназия легализована				
19.	Считаю, что человек приходит в этот мир не по своей воле и уходить также должен не по своему желанию				

Содержательная структура утверждений анкеты отношения к эвтаназии

Параметр отношения	Утверждения
Медицинские аспекты эвтаназии	3, 7, 8
Правовые аспекты эвтаназии	4, 6, 9, 17
Этические аспекты эвтаназии	5, 11
Социокультурные аспекты эвтаназии	10, 15, 18
Личностные аспекты эвтаназии	1, 2, 13, 14
Духовные аспекты эвтаназии	12, 16, 19

Результаты и их анализ

Анализ медицинских аспектов отношения родственников больных деменциями к эвтаназии показал, что большинство респондентов 13 (56,5 %) не считает, что данный вопрос имеет медицинский характер. 15 (65,2 %) родственников не согласны с утверждением о том, что наша страна не готова к легализации эвтаназии из-за низкого морального уровня медицинских работников. В то же время, 19 (69,6 %) респондентов согласны с тем, что наше общество не готово к легализации эвтаназии из-за несовершенства отечественной медицины.

При анализе правовых аспектов отношения к эвтаназии важно отметить, что родственники больных деменцией рассматривают их в качестве основных в данном вопросе, соглашаясь в 60,9 % случаев с тем, что эвтаназия – это больше правовая проблема.

Большинство респондентов 14 (60,9 %) выражают разной степени согласие по вопросу легализации эвтаназии. Абсолютно согласны – 9 (39,1 %) родственников, согласны, но не уверены 5 (21,7 %), полностью не согласны – 6 (26,1 %); скорее не согласны, чем согласны – 3 (13 %).

Дальнейший анализ показывает, что при изучении отношения к пассивной эвтаназии число ее сторонников уменьшается до 10 (43,5 %). Также большинство опрошенных – 17 (73,9 %) уверены, что наша страна не готова к легализации эвтаназии именно из-за несовершенства законодательной базы.

Изучение этической стороны отношения респондентов к эвтаназии проводилось на основе анализа ответов на два следующих вопроса. Этический подход также рассматривается в данной проблеме как достаточно важный 16 (69,6%) респондентами («...эвтаназия – это больше морально-нравственная проблема»). Более половины опрошенных – 13 (56 %) – также считают, что разрешение практики эвтаназии свидетельствует о высоком уровне развития гуманизма в обществе.

Анализ утверждений по социокультурным аспектам, которые акцентируют внимание на различных отношениях к эвтаназии в разных обществах, связанных с традициями и мировоззрением, выявил, что 10 (43,5 %) респондентов совершенно не уверены в том, что страна пока не готова к легализации эвтаназии из-за многовековых традиций неисполнения законов. 18 (78,3 %) опрошенных с уверенностью предполагают, что легализация эвтаназии может привести к различным негативным последствиям, в частности – злоупотреблениям. При этом совершенно противоположные взгляды отсутствуют, а сомневается каждый пятый родственник. С другой стороны, число сторонников и противников опыта зарубежных стран по легализации эвтаназии примерно равно – 11 и 12 (47,8 и 52,2 % соответственно). Однако уверенных противников заимствования опыта легализации больше – 10 (43,5 %), чем его уверенных сторонников – 7 (30,4 %).

Как свидетельствует проведенное исследование, духовные взгляды на проблему эвтаназии разделяются многими респондентами. Доля респондентов, уверенных (43,5 %) в том, что практика эвтаназии свидетельствует о высоком уровне бездуховности общества выше, чем тех, кто не согласен с ними (30,4 %). При этом число сомневающихся в сторону согласия и несогласия равное (по 3 человека, или 13 %). Более конкретная формулировка, предлагающая объяснение практике эвтаназии с религиозной точки зрения, находит большее число приверженцев – 17 человек, или 73,9 %. Противником такой позиции является примерно каждый седьмой респондент – 3 (13 %).

Противники эвтаназии среди родственников больных деменциями – 14 (60,9 %) – соглашались с таким духовным объяснением своего неприятия данной спорной практики – «...человек приходит в этот мир не по своей воле и уходить также должен не по своему желанию».

Важную информацию об отношении опрошиваемых к эвтаназии можно получить при анализе особенностей личностных аспектов их взглядов на эвтаназию. Каждый второй из трех опрошенных (15 человек, или 65,2 %) соглашается с обобщенной формулировкой о том, что любой чело-

век вправе принимать решения в отношении своей собственной жизни. При уточнении, имел ли респондент в своей жизни опыт ситуаций, в которых можно было бы применить эвтаназию, выясняется, что 20 (87 %) человек с такой ситуацией не сталкивались. Ситуация ухода за дементными родственниками не рассматривается ими как связанная с темой эвтаназии, что подчеркивает искренность их отношения к вопросам жизни и здоровья своих близких, страдающих деменцией и болезнью Альцгеймера.

Информативность этих вопросов связана с тем, что при формулировании своего отношения к личностным аспектам проблемы респондент, как правило, не ориентируется на медицинские, правовые или духовные ограничения, а склонен больше воспроизводить свои внутренние убеждения. Довольно показателен ответ опрошенных на вопрос о гипотетической возможности применения эвтаназии по отношению к ним самим.

Так, согласно их ответам, только четверть всех респондентов – 6 (26,1 %) – допускают такую возможность в будущем. Данная цифра значительно ниже числа респондентов, согласных с легализацией эвтаназии – 9 (39,1 %).

В то же время, ответы на аналогичный вопрос в отношении родственников, за которыми они ухаживают, показывают, что респонденты относятся к ним несколько более щадяще, чем к себе, – возможность эвтаназии по отношению к ним допускают только 5 (21, 7 %) опрошенных.

Проведенное исследование показало, что отношение родственников больных деменциями и болезнью Альцгеймера к эвтаназии – неоднозначное. Опрошенные менее склонны видеть в эвтаназии медицинскую проблему, больше выделяя ее этические и правовые стороны. Они позитивно оценивают моральный уровень медицинских работников, обращая внимание на несовершенство современной медицины.

Правовая сторона отношения определяется бóльшим согласием на узаконивание эвтаназии при осознании несовершенства законодательной базы. Данные установки вступают в противоречие с социокультурными представлениями об эвтаназии, согласно которым респонденты убеждены в возможности злоупотреблений при эвтаназии и не уверены в необходимости заимствования зарубежного опыта в ее применении. Еще одно противоречие касается преобладания среди опрошенных взглядов о связи эвтаназии с бездуховностью общества. Им соответствует мнение о недопустимости принятия человеком самостоятельного решения об уходе из жизни. Отдельные противоречия в отношении к эвтаназии также выявлены на личностном уровне представлений. Будучи согласными с практикой эвта-

назии в целом, многие опрошенные не готовы применять ее в отношении себя и своих близких практически.

Обсуждая полученные результаты, стоит отметить, что в литературе имеются схожие данные. Так, бразильские исследователи из Сан-Паулу, опрашивая 40 лиц, ухаживающих за больными деменциями, установили, что поддерживают эвтаназию только 22,5 %, 50 % опрошенных относятся к ней отрицательно [14]. Согласно британскому исследованию возможности эвтаназии при деменции [16], две трети из 725 опрошенных жителей Лондона и прилегающих районов согласны на применение эвтаназии по отношению к себе, 60 % указывают на возможность применения активной эвтаназии. Если речь идет о жизни партнера, то лондонцы в большей мере настроены на продление жизни, если о своей жизни, то больше настроены в сторону эвтаназии.

Заключение

Таким образом, отношение родственников больных деменциями и болезнью Альцгеймера к эвтаназии многоуровневое и противоречивое. Оно определяется существованием разнонаправленных представлений об эвтаназии в области правовых, социокультурных, духовных и личностных аспектов данной проблемы.

Литература

1. Бальзамова Л.А. Проблема эвтаназии при оказании паллиативной медицинской помощи // Управление качеством мед. помощи. – 2012. – № 2. – С. 24–26.
2. Голенков А.В. Уровень знаний студентов о болезни Альцгеймера // Вестн. Чувашского ун-та. – 2013. – № 3. – С. 393–397.
3. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Николаев Е.Л. Распознавание и осведомленность населения о стадиях болезни Альцгеймера // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 11-2. – С. 49–54.
4. Захарова А.Н. Междисциплинарная проблема качества жизни в контексте современных научных исследований // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 141–160.
5. Калинина Е.В. Факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость пациентов к врачу-психиатру // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 66–72.
6. Козлов В.А., Голенков А.В., Сапожников С.П. Эффекты красных сухих вин и других алкогольных напитков на развитие и течение болезни Альцгеймера: очевидное, сомнительное и неизвестное // Психическое здоровье. – 2014. – Т. 12, № 6 (97). – С. 81–87.

7. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2013. – № 9. – С. 18–32.

8. Тасаков С.В. Запрет эвтаназии унижает человеческое достоинство // Российская юстиция. – 2003. – № 2. – С. 40–42.

9. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 8–20.

10. Юрьева Л.Н. Суицидальный гештальт // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 127–131.

11. Alvargonzález D. Alzheimer's disease and euthanasia // J. Aging. Stud. – 2012. – Vol. 26, N 4. – P. 377–385. Doi: 10.1016/j.jaging.2012.04.001.

12. Johnstone M.J. Metaphors, stigma and the 'Alzheimerization' of the euthanasia debate // Dementia (London). – 2013. – Vol. 12, N 4. – P. 377–393. Doi: 10.1177/1471301211429168.

13. Kwok T., Twinn S., Yan E. The attitudes of Chinese family caregivers of older people with dementia towards life sustaining treatments // J. Adv. Nurs. – 2007. – Vol. 58, N 3. – P. 256–262. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04230.x

14. Vilela LP, Caramelli P. Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patients // Rev. Assoc. Med. Bras. – 2009. – Vol. 55, N 3. – P. 263–267.

15. Wijsbek H. Euthanasia in advanced dementia: directive is useful // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 2013. Vol. 157, N 25. – P. A6440

16. Williams N, Dunford C, Knowles A, Warner J. Public attitudes to life-sustaining treatments and euthanasia in dementia // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 2007. – Vol. 22, N 12. – P. 1229–1234.

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

Поступила 26.02.2016

Для цитирования. Николаев Е.Л. Что думают об эвтаназии родственники больных деменциями и болезнью Альцгеймера? // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 75–84.

WHAT DO DEMENTIA PATIENTS' RELATIVES THINK ABOUT EUTHANASIA?

Nikolaev E.L.

The Ulianov Chuvash State University
(Russia, Cheboksary, Moskovsky Ave., 15)

Nikolaev Evgeni Lvovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Social and Clinical Psychology Chair, The Ulianov Chuvash State University (Russia, 428015, Cheboksary. Moskovsky Ave., 15); e-mail: pzdorovie@bk.ru.

Abstract. The paper presents results of the study of attitudes toward euthanasia among 23 relatives of patients with dementia including Alzheimer disease. Using structured questionnaire it is revealed that divergent ideas about euthanasia are present among dementia patients' caregiving relatives. These representations concern legal, sociocultural, spiritual and personal aspects of the problem.

Keywords: clinical (medical) psychology, social psychology, dementia, Alzheimer disease, patient's relatives, caregivers, death, euthanasia.

References

1. Balzamova L.A. Problema evtanazii pri okazanii palliativnoi meditsinskoj pomoshchi [The problem of euthanasia in palliative medical care]. *Upravlenie kachestvom meditsinskoj pomoshchi* [Health Care Quality Assurance]. 2012. N 2. Pp. 24–26. (In Russ.)
2. Golenkov A.V. Uroven' znaniy studentov o bolezni Al'tsgeimera [Level of students' knowledge about Alzheimer's disease]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [Bulletin of the Chuvash University]. 2013. N 3. Pp. 393–397. (In Russ.)
3. Golenkov A.V., Poluéktoy M.G., Nikolaev E.L. Raspoznavanie i osvedomlennost' naseleniya o stadiyakh bolezni Al'tsgeimera [Recognition and awareness about stages of Alzheimer's disease]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. Vol. 114, N 11-2. Pp. 49–54. (In Russ.)
4. Zakharova A.N. Mezhdistsiplinarnaya problema kachestva zhizni v kontekste sovremennykh nauchnykh issledovaniy [Quality of life as interdisciplinary problem in context of current research]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N 10. Pp. 141–160. (In Russ.)
5. Kalinina E.V. Faktory, okazyvayushchie vliyanie na pervichnyuyu obrashchaemost' patsientov k vrachu-psikiatru [Factors influencing patients' first visit to psychiatrist]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N 10. Pp. 66–72. (In Russ.)
6. Kozlov V.A., Golenkov A.V., Sapozhnikov S.P. Effekty krasnykh sukhikh vin i drugikh alkohol'nykh napitkov na razvitiye i techeniye bolezni Al'tsgeimera: ochevidnoe, somnitel'noe i neizvestno [Effects of red dry wines and other alcoholic drinks in the prevention of Alzheimer's disease: dementia and brain pathology: obvious, doubtful and unknown]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental health]. 2014. Vol. 12, N 6. Pp. 81–87. (In Russ.)
7. Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Adaptatsiya i adaptatsionnyi potentsial lichnosti: sootnosheniye sovremennykh issledovatel'skikh podkhodov [Adaptation and personality adaptive potential: current research approaches]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2013. N 9. Pp. 18–32. (In Russ.)
8. Tasakov S.V. Zapret evtanazii unizhaet chelovecheskoye dostoinstvo [The prohibition of euthanasia diminishes human dignity]. *Rossiiskaya yustitsiya* [Russian justice]. 2003. N 2. Pp. 40–42. (In Russ.)

9. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubiistva: stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya suitsidal'nykh patsientov [Death attitudes after a suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2015. Vol. 11, N 1. Pp. 8–20. (In Russ.)

10. Yur'yeva L.N. Suitsidal'nyi geshtal't [Suicidal gestalt]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2015. Vol. 11, N 1. Pp. 127–131. (In Russ.)

11. Alvargonzález D. Alzheimer's disease and euthanasia. *J. Aging. Stud.* 2012. Vol. 26 N 4. Pp. 377–385. Doi: 10.1016/j.jaging.2012.04.001.

12. Johnstone M.J. Metaphors, stigma and the 'Alzheimerization' of the euthanasia debate. *Dementia* (London). 2013. Vol. 12, N 4. Pp. 377–393. Doi: 10.1177/1471301211429168.

13. Kwok T., Twinn S., Yan E. The attitudes of Chinese family caregivers of older people with dementia towards life sustaining treatments. *J. Adv. Nurs.* 2007. Vol. 58, N 3. Pp. 256–262. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04230.x

14. Vilela LP, Caramelli P. Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patients. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2009. Vol. 55, N 3. Pp. 263–267.

15. Wijsbek H. [Euthanasia in advanced dementia: directive is useful]. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2013. Vol. 157, N 25. Pp. A6440. (In German)

16. Williams N, Dunford C, Knowles A, Warner J. Public attitudes to life-sustaining treatments and euthanasia in dementia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2007. Vol. 22, N 12. Pp. 1229–1234.

Received 26.02.2016

For citing. Nikolaev E.L. Chto dumayut ob evtanazii rodstvenniki bol'nykh s dementsiyami i bolezn'yu Al'tsgeimera? *Vestnik psikhoterapii.* 2016. N 58. Pp. 75–84. (In Russ)

Nikolaev E.L. What do dementia patients' relatives think about euthanasia? *The Bulletin of Psychotherapy.* 2016. N 58. Pp. 75–84.

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА, АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И НЕСУИЦИДАЛЬНАЯ АУТОАГРЕССИЯ КАК КОСВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ВРАЧЕЙ

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
(Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9)

Изучен спектр акцентуаций характера, проявлений суицидального и не-суицидального аутоагрессивного поведения, а также распространенность признаков алкогольной зависимости у врачей. Проведено сплошное обследование врачей различных специальностей трех многопрофильных больниц города Рязани: всего 136 человек (61,8 % – женщины, 38,2 % – мужчины). Выявлено, что 50 % врачей разных специальностей имеют акцентуации характера, причем около 65 % в структуре акцентуаций приходится на параноидную, обсессивно-компульсивную и тревожную. Акцентуации характера в 3 раза повышают риск развития алкогольной зависимости, а также несуицидальной аутоагрессии в семейной сфере и в виде рискованного и антисоциального поведения.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, акцентуация характера, аутоагрессивное поведение, алкогольная зависимость, врач.

Введение

Ряд зарубежных и отечественных исследователей указывают на необходимость изучения психического здоровья медицинских работников [1–2, 5]. Исследования, проведенные в США, показали, что уровень суицидов среди мужчин-врачей старше 25 лет очень высок и составляет 36 на 100 тыс. населения, среди медицинских работников женского пола – 41 на 100 тыс. (уровень суицидов в общей популяции в США в 3-4 раза меньше) [9]. Схожие результаты были получены и в Великобритании, где уровень суицидов среди незамужних женщин-врачей был в 2,5 раза выше, чем у незамужних женщин в целом [10]. Причем подчеркивается, что угрожаю-

Озоль Сергей Николаевич – аспирант каф. психиатрии Рязан. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 390026, Рязань, Высоковольтная ул., д. 9), e-mail: ozolsergey7@gmail.com;

Шустов Дмитрий Иванович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии Рязан. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 390026, Рязань, Высоковольтная ул., д. 9), e-mail: dmitri_shustov@mail.ru;

Федотов Илья Андреевич – ассистент каф. психиатрии, Рязан. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 390026, Рязань, Высоковольтная ул., д. 9), e-mail: ilyafdtv@rambler.ru.

щие для жизни состояния остаются без необходимого лечения: только $\frac{1}{4}$ часть врачей с суицидальными мыслями и попытками обращалась к психологам и психотерапевтам, а остальные этого не делали из-за опасений, связанных с потерей лицензии на работу [11], а возможно, и в силу механизмов вытеснения, свойственных и другим категориям пациентов с парасуицидами в анамнезе.

Одним из основных косвенных показателей суицидального риска может быть личностный фактор. Врачи по-разному реагируют на проблемы в работе и сопутствующее напряжение. Несмотря на высокий уровень стрессогенных воздействий, далеко не у всех специалистов наблюдаются психопатологические симптомы [8]. Это связано с тем, что при акцентуации характера (которая является вариантом нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены), обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий. Наличие же личностного расстройства рассматривается как фактор риска суицидального и парасуицидального поведения, причем наличие пограничных и антисоциальных черт характера во много раз повышают суицидальный риск [3].

Установлено, что аутоагрессивное поведение проявляется не только в классических прямых суицидальных паттернах, но также и в большом количестве опосредованных, например алкогольная зависимость иногда рассматривается в качестве «хронического суицида». У врачей алкогольная зависимость протекает с выраженным депрессивным синдромом и часто сопровождается суицидальными высказываниями и поступками [6]. Поэтому оценка наркологических расстройств также может стать важным фактором косвенной оценки суицидального риска.

Цель исследования – установление косвенных признаков возможного суицидального риска при изучении несуйцидальных форм аутоагрессии и оценки склонности врачей к злоупотреблению алкоголем и формированию алкогольной зависимости.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели провели сплошное исследование врачей различных специальностей трех многопрофильных больниц г. Рязани. Обследовали 136 врачей. Женщин было 84 (61,8 %), мужчин – 52 (38,2 %). Средний возраст составил $(38 \pm 3,1)$ года, средний стаж работы – $(14 \pm 1,1)$ года. По специальностям врачи распределились следующим образом: акушеры-гинекологи – 6 (5,9 %), терапевты – 48 (35,3 %), хирурги –

29 (29,3 %), неврологи – 6 (4,4 %), офтальмологи – 2 (1,5 %), уролог – 1 (0,7 %), анестезиологи-реаниматологи – 29 (14,7 %), гастроэнтерологи – 4 (2,9 %), психиатры – 9 (6,6 %), оториноларинголог – 1 (0,7 %), онколог – 1 (0,7 %), травматологи – 5 (3,7 %), стоматологи – 2 (1,5 %).

Поскольку исследование имело сплошной дизайн, единственным условием невключения был отказ от участия (4 человека).

Акцентуации характера и личностные расстройства определяли при помощи опросника Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV (PDQ-IV) в модификации В.П. Дворщенко [4], аутоагрессивное поведение – «Полуструктурированным интервью для выявления аутоагрессивных паттернов поведения в прошлом и настоящем» [7]. Для выявления врачей с признаками алкогольной зависимости использовали тест Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), разработанный ВОЗ [12].

Статистический анализ проводили с использованием точного критерия Фишера, метода χ -квадрат и программного пакета Statistica 10.0.

Результаты и их анализ

Акцентуации характера оказались у 50 % врачей. Специалистов с выраженным расстройством личности не было. Структура акцентуаций характера у врачей представлена на рис. 1. Среди акцентуаций наиболее значимыми были параноидная (18 врачей, 26,5 %), обсессивно-компульсивная (14 врачей, 20,6%) и тревожная (12 врачей, 17,6 %), которые в структуре составляли около 65 %.

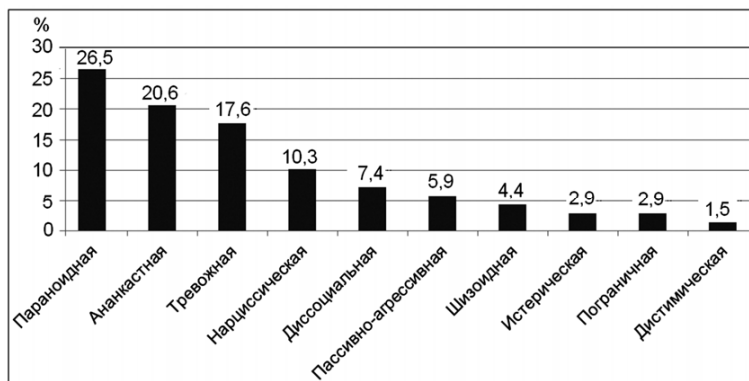


Рис. 1. Структура акцентуаций характера у врачей многопрофильных больниц города Рязани

Среди врачей без выявленных акцентуаций характера обнаружено 7 человек с признаками алкогольной зависимости (10,3 %), а в группе докторов с акцентуацией характера этот показатель был значительно выше и составил 26 человек (38,2 %). Различия статистически значимые при $p < 0,001$ (рис. 2).

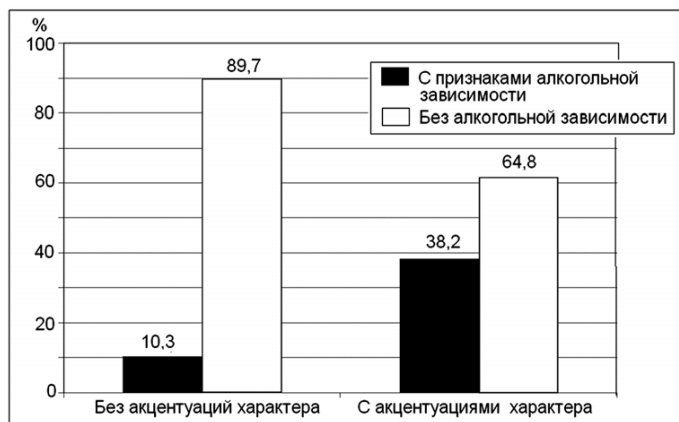


Рис. 2. Распространенность признаков алкогольной зависимости среди врачей

В таблице приведены результаты сравнения групп врачей по основным проявлениям аутоагрессии. Как и предполагалось, общие показатели суицидальной аутоагрессии стремятся к нулю, что подтверждает малую информативность не только простого опроса «коллегой коллеги» в оценке суицидального риска, но и опроса, построенного даже на психотерапевтических принципах (на чем основан метод терапевтического интервью [7]), ведь при экстраполяции имеющихся литературных данных о врачебных суицидах должно быть гораздо больше признаков классического суицидального поведения (парасуициды, суицидальные мысли и тенденции, самоповреждения).

Однако выявлены статистически значимые различия в проявлениях несуициальной аутоагрессии, причем по всем показателям они выше в группе врачей с акцентуациями характера. Более всего акцентуации характера способствуют проявлениям аутоагрессивного поведения в семейной сфере: у таких врачей больше разводов в анамнезе, они в 4 раза чаще оценивают свой брак как неудавшийся, в 6 раз чаще переживают одиночество

в семье и в 2 раза чаще описывают чувство безысходности в ситуации семейных проблем. Отмечены также и другие повышенные уровни аутоагрессии: в 2 раза чаще врачи с акцентуациями характера ощущают комплекс соматопсихической неполноценности, в 5 раз чаще склонны к осознанному риску, а также значительно чаще осознанно нарушают закон, провоцируют физическое насилие и эпизодически употребляют наркотики.

Структура аутоагрессивных проявлений у врачей (%)

Критерий	Без акцентуаций характера	С акцентуацией характера	p <
Семейная аутоагрессия			
Развод в анамнезе и состояние разведенности в настоящее время	23,5	39,7	0,05
Субъективная оценка брака как неудавшегося	8,8	42,7	0,001
Переживание одиночества в семье	5,9	30,9	0,001
Ощущение «безысходности» в ситуации семейных проблем	16,8	38,2	0,01
Соматическая аутоагрессия			
Комплекс соматопсихической неполноценности	20,6	47,1	0,001
Аутоагрессия в виде рискованного поведения			
Осознанная склонность к риску	4,4	25,0	0,001
Аутоагрессия в виде антисоциального поведения			
Осознанная способность нарушить общественные нормы морали и нравственности	32,4	48,5	0,05
Провокация физического насилия	0,0	19,1	0,001
Эпизодическое употребление наркотиков	1,5	11,8	0,02

Вывод

Выявлено, что 50 % врачей разных специальностей имеют акцентуации характера, причем в структуре около 65 % приходится на параноидную, обсессивно-компульсивную и тревожную акцентуации. Наличие акцентуации характера в 3 раза повышает риск развития алкогольной зависимости. У этих врачей есть потенциальный риск проявления признаков дезадаптации при соответствующем его личности дистрессе. Особенно важно учитывать полученные данные в связи с тем, что повышенные показатели признаков несуицидальной аутоагрессии (в особенности в семейной сфере и в виде рискованного, антисоциального поведения), по литератур-

ным данным, ассоциируются с суицидальным поведением. Это обуславливает необходимость проведения для врачей специальных психотерапевтических мероприятий с целью профилактики латентного саморазрушающего поведения.

Литература

1. Асланбекова Н. В. Взаимосвязи качества жизни и психического здоровья у врачей стационарного профиля (региональный, клинико-психологический и превентивный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2008. – 25 с.
2. Башмакова О. В. Невротические расстройства у врачей: клинические и социально-психологические аспекты // *Здравоохранение Чувашии*. – 2010. – № 1. – С. 24–27.
3. Войцех В.Ф. Суицидология. – М. : Миклош, 2007. – 280 с.
4. Дворщенко В.П. Диагностический тест личностных расстройств. – М. : Речь, 2008. – 112 с.
5. Озоль С.Н., Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и злоупотребление алкоголем среди врачей // *Российский медико-биологический вестн. им. акад. И.П. Павлова*. – 2014. – № 3. – С. 148–154.
6. Шустов Д.И., Юрченко Л.Н. Алкоголизм у врачей: к характеристике группы, проходивших психотерапию // *Вопросы наркологии*. – 1997. – № 2. – С. 38–41.
7. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью : пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. – М., 2000. – 20 с.
8. Юрикова А.А. Исследование выраженности синдрома эмоционального выгорания психологов-практиков с различным стажем профессиональной деятельности // *Психотерапия*. – 2005. – № 1. – С. 39–40.
9. Gallegos K. Physician and other health professionals / K. Gallegos, D. Talbott // *A Comprehensive Textbook*. – 1999. – Suppl. 1. – P. 744–753.
10. Hays, L.R., Cheever T., Patel P. Medical student suicide in 1989–1994 // *Amer. J. Psychiatry*. – 1996. – N 4. – P. 553–555.
11. Oreskovich M.R. [et al.]. Prevalence of alcohol use disorders among american surgeons // *Arch. Surg.* – 2012. – N 2. – P. 168–174.
12. Thomas F. [et al.]. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) // *World Health Organization*. – 2 ed. – Geneva, 2001. – 40 p.

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

Поступила 16.02.2016

Для цитирования. Озоль С.Н., Шустов Д.И., Федотов И.А. Акцентуации характера, алкогольная зависимость и несуйцидальная аутоагрессия как косвенные показатели суицидального риска у врачей // *Вестн. психотерапии*. 2016. № 58 (63). С. 85–92.

**ACCENTUATION OF CHARACTER, ALCOHOL ADDICTION AND NON-SUICIDAL
AUTOAGGRESSION AS AN INDIRECT INDICATORS OF SUICIDE RISK AMONG DOCTORS**

Ozol S.N., Shustov D.I., Fedotov I.A.

Pavlov Ryazan State Medical University
(Russia, Ryazan, Visokovoltnyja Str., 9)

Ozol Sergey Nikolaevich – PhD Student, Department of Psychiatry Ryazan State Medical University (Russia, 390026, Ryazan, Visokovoltnyja Str., 9); e-mail: ozolsergey7@gmail.com;

Shustov Dmitrii Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Department of Psychiatry Ryazan State Medical University (Russia, 390026, Ryazan, Visokovoltnyja Str., 9); e-mail: dmitri_shustov@mail.ru;

Fedotov Ilya Andreevich – PhD Med. Sci., Research Associate Department of Psychiatry Ryazan State Medical University (Russia, 390026, Ryazan, Visokovoltnyja Str., 9); e-mail: ilyafdtv@rambler.ru.

Abstract. Variety of accentuations of personality traits, the rate of manifestation of suicidal and non-suicidal self-injurious behavior, and the incidence of signs of alcohol addiction among doctors were investigated. Materials and methods. A full-design study among 136 physicians (61.8 % – female, 38.2 % – male) of different specialties from three multi-field hospitals of Ryazan was performed. Results and conclusion. It is determined that 50 % of the physicians have accentuations of personality traits, and approximately 65 % among the accentuations are: paranoid, obsessive-compulsive and anxiety forms. The presence of accentuations of personality traits increases 3 times the risk of developing alcohol addiction and non-suicidal self-injurious behavior in the family in the form of risk taking and antisocial behavior.

Keywords: clinical (medical) psychology, accentuation of character, self-injurious behavior, alcohol addiction, doctor.

References

1. Aslanbekova N.V. Vzaimosvyazi kachestva zhizni i psikhicheskogo zdorov'ya u vrachei statsionarnogo profilya (regional'nyi, kliniko-psikhologicheskii i preventivnyi aspekty) [The relationship of quality of life and mental health doctors stationary profile (regional, clinical and psychological and preventive aspects)] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Tomsk, 2008. 25 p. (In Russ.)

2. Bashmakova O.V. Nevroticheskie rasstroistva u vrachei: klinicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie aspekty [Neurotic disorders doctors: clinical and socio-psychological aspects]. *Zdravookhranenie Chuvashii*. [Health care of Chuvashia]. 2010. N 1. Pp. 24–27. (In Russ.)

3. Voitsekh V.F. Suitsidologiya [Suicidology]. Moskva. 2007. 280 p. (In Russ.)

4. Dvorshchenko V.P. Diagnosticheskii test lichnostnykh rasstroistv [A diagnostic test of personality disorders]. Moskva. 2008. 112 p. (In Russ.)

5. Ozol' S.N., Shustov D.I. Autoagressivnoe povedenie i zloupotreblenie alkogolem sredi vrachei [Auto-aggressive behavior and alcohol abuse among doctors]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]. 2014. N 3. Pp. 148–154. (In Russ.)

6. Shustov D.I., Yurchenko L.N. Alkogolizm u vrachei: k kharakteristike gruppy, prokhodivshikh psikhoterapiyu [Alcoholism doctors: to the characteristics of the group, held psychotherapy]. *Voprosy narkologii* [Questions of psychology]. 1997. N 2. Pp. 38–41. (In Russ.)

7. Shustov D.I., Merinov A.V. Diagnostika autoagressivnogo povedeniya pri alkogolizme metodom terapevticheskogo interv'yua [Diagnosis of aggressive behavior in alcoholism by therapeutic interview]. Moskva. 2000. 20 p. (In Russ.)

8. Yurikova A.A. Issledovanie vyrashennosti sindroma emotsional'nogo vygoraniya psikhologov-praktikov s razlichnym stazhem professional'noi deyatel'nosti [Research severity burnout of psychologists and practitioners from different professional work experience]. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2005. N 1. Pp. 39–40. (In Russ.)

9. Gallegos K., Talbott D. Physician and other health professionals. *A Comprehensive Textbook*. 1999. Suppl. 1. Pp. 744–753.

10. Hays, L.R., Cheever T., Patel P. Medical student suicide in 1989–1994. *Amer. J. Psychiatry*. 1996. N 4. Pp. 553–555.

11. Oreskovich M.R. [et al.]. Prevalence of alcohol use disorders among american surgeons. *Arch. Surg*. 2012. N 2. Pp. 168–174.

12. Thomas F. [et al.]. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). World Health Organization. Geneva, 2001. 40 p.

Received 16.02.2016

For citing. Ozol S.N., Shustov D.I., Fedotov I.A. Aktsentuatsii kharaktera, alkogol'naya zavisimost' i nesuitsidal'naya autoagressiya kak kosvennye pokazateli suitsidal'nogo riska u vrachei. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 58. Pp. 85–92. (In Russ)

Ozol S.N., Shustov D.I., Fedotov I.A. Accentuation of character, alcohol addiction and non-suicidal autoaggression as an indirect indicators of suicide risk among doctors. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 58. Pp. 85–92.

АНАЛИЗ ЛИЧНОСТНЫХ ФУНКЦИЙ (ПО ГЮНТЕРУ АММОНУ) У ЖЕНЩИН С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ИСПЫТАВШИХ НАСИЛИЕ

Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1
(Россия, г. Красноярск, ул. Курчатова, д. 14)

Представлены результаты исследования центральных личностных Я-функций (по Гюнтеру Аммону) у 64 женщин с посттравматическим стрессовым расстройством, испытавших сексуальное (1-я группа, $n = 30$) и физическое (2-я группа, $n = 34$) насилие. У женщин 1-й и 2-й групп выявлены низкие показатели конструктивного функционирования, в частности отмечается снижение показателей шкал конструктивности Я-структурного теста Г. Аммона: соответственно ($39,0 \pm 1,1$) и ($40,8 \pm 0,9$) баллов. В то же время у женщин 1-й и 2-й групп обнаружены высокие показатели деструктивных (соответственно ($28,7 \pm 1,1$) и ($26,4 \pm 0,8$) баллов) и дефицитарных (соответственно ($29,4 \pm 1,0$) и ($29,7 \pm 1,1$) баллов) шкал. Показаны различия как конструктивных, так и деструктивно-дефицитарных показателей у женщин с разными типами насилия.

Ключевые слова: медицинская психология, посттравматическое стрессовое расстройство, центральные Я-функции (по Гюнтеру Аммону), сексуальное насилие, физическое насилие.

Введение

Многие исследователи отмечают, что различные формы насилия у женщин (физическое, сексуальное, психологическое) могут стать факторами высокого риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), проявления которого часто остаются актуальными в течение многих лет, а иногда на протяжении всей жизни [1, 2, 5]. Одним из многих изучаемых аспектов ПТСР оказывается выявление личностно-психологических особенностей у индивидуумов, испытавших разные типы стрессоров. Существуют трудности в интерпретации результатов таких исследований, связанные с тем, что выявленные личностно-психологические особенности у индивидуумов с ПТСР могут быть как следствием формирования расстройства, так и факторами предрасположенности.

В рамках концепции динамической психиатрии Гюнтера Аммона процесс возникновения и развития психических расстройств понимается

Тушкова Ксения Владимировна – врач-психиатр, Краснояр. краевой психоневрологич. диспансер № 1 (Россия, г. Красноярск, ул. Курчатова, д. 14); e-mail: kseniya_fadeeva@mail.ru.

как процесс преобразования Я-идентичности [3]. Психическая травма инициирует трансформацию индивидуума, который интернализует последствия психически травмирующего события, включая его в свою идентичность [6].

Изучение психологических характеристик (в рамках гуманструктуральной модели личности) у женщин с ПТСР, испытавших разные типы насилия (сексуальное, физическое), будет способствовать более глубокому пониманию механизмов формирования ПТСР, а также позволит осуществлять дифференцированные психотерапевтические мероприятия.

Цель исследования – изучить центральные личностные Я-функции (по Г. Аммону) у женщин с ПТСР, испытавших сексуальное и физическое насилие.

Материал и методы

Исследование проводилось добровольно, с согласия испытуемых. Всего были обследованы 64 женщины в возрасте от 18 до 48 лет, у которых были выявлены клинические признаки ПТСР в соответствии с критериями диагностики по МКБ-10. Из них 30 человек (1-я группа) испытали сексуальное насилие, а 34 женщины (2-я группа) перенесли физическое насилие. Группы исследования были репрезентативны по полу, возрасту и семейному положению, например средний возраст женщин 1-й группы составил $(30,5 \pm 1,3)$ год, 2-й – (31 ± 1) год.

Исследование структуры личности осуществляли с использованием Я-структурного теста Г. Аммона, который был адаптирован и рестандартизирован специалистами Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [4].

В работе также использовалась методика оценки психического здоровья (МОПЗ), в которой производится интегральная (блоковая) группировка показателей теста и выделяются три обобщенные шкалы: конструктивности (А), деструктивности (В) и дефицитарности (С).

Уровень психического здоровья в МОПЗ определяется при помощи специально сконструированных индексов, позволяющих соотнести величину адаптационных возможностей, выраженность психопатологической стигматизации и степень психической реализованности личности:

– индекс α , названный индексом адаптивности, представлял собой разность первичных показателей по шкалам конструктивности (А) и деструктивности (В). Этот индекс соотносит величину имеющихся адаптаци-

онных ресурсов ($\alpha = A - B$) и выраженность психопатологических проявлений;

– индекс β , названный индексом психической активности, отражает соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности ($\beta = A - C$).

В исследовании осуществлялось сравнение средних значений показателей личностных Я-функций (тест Г. Аммона), показателей интегральных шкал и индексов (МОПЗ), оценивающих психическое здоровье, которые были полученных в результате обследования женщин 1-й и 2-й групп с показателями нормы (3-я группа), приведенными в литературе [4]. Также осуществляли сопоставление данных, полученных у женщин в группах между собой.

В статистическую обработку результатов исследования входил расчет среднего арифметического значения и ошибки средней арифметической. При сравнении полученных данных использовался t-критерий Стьюдента. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ($p < 0,05$).

Результаты и их анализ

Для верификации диагноза ПТСР все женщины были обследованы клинически. Диагностика ПТСР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Все респондентки перенесли психически травмирующие события (насилие сексуального или физического характера), способные вызвать общий дистресс практически у любого индивидуума. После перенесенного стрессора прошло не менее 6 мес.

В клинической картине у женщин были обнаружены признаки, являющиеся облигатными для ПТСР и соответствующие 3 группам симптомов расстройства:

1) симптомы повторного переживания. Для женщин были характерны: навязчивые симптомы репереживаний, связанные с фактом совершенного над ними насилия, которые мешали сконцентрироваться на повседневной деятельности; навязчивые воспоминания, возникающие в ситуациях, напоминающих или ассоциирующихся с перенесенным ими насилием; флэш-беки с частичной или полной дезориентировкой; кошмарные сновидения, в которых пациентки чаще всего повторно подвергались насильственным действиям либо сами выступали в роли агрессора; навязчивые фантазии агрессивного содержания (например, издевательство или убийство агрессора); обсессивные размышления, самоанализ, заключаю-

щиеся в непреодолимом стремлении к мысленному воспроизведению и осмысливанию психически травмирующего события и своей роли в нем; навязчивые сомнения в правильности своих действий во время совершаемого над ними насилия;

2) симптомы избегания. Женщины стремились избегать (вытеснять, подавлять, отвлекаться) мыслей, воспоминаний, чувств, напоминающих о совершенном над ними насилии; пациентки также старались избегать всего того, что могло спровоцировать воспоминания, сопровождающиеся болезненными переживаниями; им было свойственно снижение социального функционирования; у части женщин выявлялась психогенная амнезия; наблюдалась утрата способности испытывать позитивные эмоции; многие пациентки полагали, что их никто не может понять, и это вызывало у них чувство «изолированности»;

3) симптомы повышенной психологической возбудимости. В частности, у женщин выявлялись диссомнические расстройства в виде трудностей засыпания, поверхностного и «беспокойного» сна с частыми пробуждениями; снижение концентрации внимания; раздражительность, сопровождающаяся вспышками гнева, агрессивным поведением, включая ситуации, в которых ранее это было не характерно для них; повышенная реакция испуга, настороженность; соматовегетативные расстройства.

Результаты обследования женщин Я-структурным тестом представлены в таблице. Оказалось, что при сопоставлении референтных данных (3-я группа) Я-функций личности с числовыми значениями аналогичных показателей центральных Я-функций у женщин в 1-й группе конструктивных составляющие всех шкал Я-функций (агрессии, тревоги/страха, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения, нарциссизма и сексуальности) были статистически значимо меньше ($p < 0,05$), в то время как средние значения показателей практически всех деструктивных и дефицитарных шкал Я-функций у женщин в 1-й группе были статистически значимо больше ($p < 0,05$) нормы. Исключение составил показатель Я-функции – деструктивное внутреннее Я-отграничение, который у женщин в исследуемой группе находился в рамках референтного значения ($p > 0,05$).

Изучение результатов полученных при сопоставлении средних значений центральных Я-функций у женщин во 2-й группе с референтными данными (3-я группа) показало, что, как и в 1-й группе, числовые значения конструктивных шкал всех Я-функций у женщин во 2-й группе были меньше ($p < 0,05$) нормы, в то время как большинство показателей дест-

руктивных шкал личностных Я-функций у женщин в исследуемой группе преобладали ($p < 0,05$) над референтными значениями. Остальные показатели центральных Я-функций, таких как дефицитарная тревога/страх, деструктивное внутреннее Я-отграничение, деструктивный нарциссизм и деструктивная сексуальность у женщин во 2-й группе соответствовали норме.

Данные Я-структурного теста Г. Амона
и методики оценки психического здоровья

Шкала теста		Группа		
		1-я	2-я	3-я
		M ± m	M ± m	M ± m
Конструктивные	агрессия	8,2 ± 0,5 *	8,2 ± 0,5 *	9,6 ± 0,1
	тревога/страх	6,2 ± 0,5 *	7,2 ± 0,5 *	8,3 ± 0,1
	внешнее «Я-отграничение»	6,9 ± 0,6 *	7,0 ± 0,5 *	8,6 ± 0,1
	внутреннее «Я-отграничение»	7,2 ± 0,6 *	7,0 ± 0,5 *	9,8 ± 0,1
	нарциссизм	• 6,6 ± 0,2 *	• 6,0 ± 0,2 *	8,9 ± 0,1
	сексуальность	• 4,2 ± 0,3 *	• 5,8 ± 0,4 *	8,5 ± 0,1
Деструктивные	агрессия	• 7,2 ± 0,7 *	• 5,4 ± 0,5 *	4,3 ± 0,1
	тревога/страх	• 3,2 ± 0,2 *	• 4,2 ± 0,3 *	1,6 ± 0,1
	внешнее «Я-отграничение»	4,8 ± 0,2 *	4,7 ± 0,2 *	4,2 ± 0,1
	внутреннее «Я-отграничение»	3,9 ± 0,3	4,3 ± 0,3	3,7 ± 0,1
	нарциссизм	• 4,7 ± 0,3 *	• 3,8 ± 0,2	3,5 ± 0,1
	сексуальность	• 4,8 ± 0,2 *	• 4,1 ± 0,2	4,3 ± 0,1
Дефицитарные	агрессия	• 4,5 ± 0,2 *	• 5,2 ± 0,3 *	3,9 ± 0,1
	тревога/страх	• 5,7 ± 0,5 *	• 4,4 ± 0,4	3,9 ± 0,1
	внешнее «Я-отграничение»	• 4,7 ± 0,6 *	• 6,3 ± 0,4 *	3,5 ± 0,1
	внутреннее «Я-отграничение»	6,7 ± 0,6 *	6,2 ± 0,6 *	4,8 ± 0,1
	нарциссизм	• 3,0 ± 0,2 *	• 3,7 ± 0,3 *	2,5 ± 0,1
	сексуальность	• 4,7 ± 0,2 *	• 3,9 ± 0,1 *	3,0 ± 0,1
Шкала конструктивности		39,0 ± 1,1 *	40,8 ± 0,9 *	53,8 ± 0,3
Шкала деструктивности		28,7 ± 1,1 *	26,4 ± 0,8 *	20,6 ± 0,3
Шкала дефицитарности		29,4 ± 1,0 *	29,7 ± 1,1 *	20,3 ± 0,3
Адаптивность (индекс α)		• 10,3 ± 1,0 *	• 14,4 ± 1,7 *	33,2 ± 0,5
Психическая активность (индекс β)		9,7 ± 0,1 *	11,1 ± 1,6 *	33,4 ± 0,5

* $p < 0,05$ при сравнении показателей 3-й группы с показателями 1-й и 2-й групп;

• $p < 0,05$ при сравнении показателей 1-й и 2-й групп.

Анализ личностного профиля женщин в 1-й и 2-й группах показал, что у женщин в 1-й группе преобладали ($p < 0,05$) средние значения пока-

зателей таких личностных Я-функций, как деструктивная агрессия, дефицитарная тревога/страх, конструктивный и деструктивный нарциссизм, деструктивная и дефицитарная сексуальность, в то время как у женщин во 2-й группе были выше ($p < 0,05$) числовые показатели следующих дефицитарных шкал центральных Я-функций: агрессии, внешнего Я-отграничения и нарциссизма, а также показатели деструктивной тревоги/страха и конструктивной сексуальности. В исследуемых группах остальные показатели конструктивных шкал Я-функций: агрессии, тревоги/страха, внешнего Я-отграничения, внутреннего Я-отграничения и деструктивных шкал – внешнего и внутреннего Я-отграничений были приблизительно одинаковыми и статистически значимо не отличались (см. таблицу).

С использованием данных Я-структурного теста для оценки психического здоровья дополнительно проводился расчет интегральных шкал, а также α и β индексов, характеризующих выраженность психопатологической симптоматики и уровень адаптационного потенциала личности. Было обнаружено, что показатели шкалы конструктивности у женщин в 1-й и 2-й группах были меньше ($p < 0,05$), а числовые значения деструктивной и дефицитарной шкал больше ($p < 0,05$) референтных значений. При сопоставлении показателей интегральных шкал: конструктивности, деструктивности и дефицитарности – у женщин 1-й и 2-й групп между собой статистически значимых отличий обнаружено не было (см. таблицу).

У женщин как в 1-й, так и во 2-й группах были выявлены более низкие значения ($p < 0,05$) α и β индексов в сравнении с нормативными данными. При этом у женщин в 1-й группе определялось более низкое значение ($p < 0,05$) α индекса, чем у женщин во 2-й группе. Показатели β индекса у женщин в исследуемых группах статистически значимых отличий не имели (см. таблицу).

Выводы

В целом у женщин с ПТСР, испытавших сексуальное и физическое насилие, обнаружены низкие показатели характеристик конструктивного и высокие показатели деструктивно-дефицитарных характеристик функционирования личности. Полученные результаты свидетельствуют о дезинтеграции и патологическом искажении (деформации) центральных Я-функций личности у женщин – жертв сексуального и физического насилия, которые внешне отражаются в наличии у них выраженных психопатологических проявлений, в низкой способности сопротивляться неблагоприятным обстоятельствам, в сниженной активности, нереализованности. При этом

женщинам, испытавшим сексуальное насилие, свойственны более низкие адаптивные возможности за счет более выраженных психопатологических проявлений и низкого адаптационного ресурса, чем женщинам, перенесшим физическое насилие.

Литература

1. Бундало Н.Л. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство : монография. – Красноярск : КрасГМУ, 2009. – 352 с.
2. Мухина Н.А., Евдокимов В.И. «Сексуальная травма в армии» как фактор риска посттравматического стрессового расстройства у женщин-ветеранов в США (обзор литературы) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2014. – № 3. – С. 84–93.
3. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : НИПНИ им. Бехтерева, 2003. – 438 с.
4. Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В., Бродская Е.В. Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 70 с.
5. Цыганков Б.Д., Тюнева А.И., Былим А.И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. – М. : Медицина, 2006. – 174 с.
6. Kaplan E.A. Trauma Culture: The Politics of Terror and Loss in Media and in Literature. – Rutgers University Press, 2005. – 208 p.

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

Поступила 04.05.2016.

Для цитирования. Тушкова К.В. Анализ личностных функций (по Гюнтеру Аммону) у женщин с посттравматическим стрессовым расстройством, испытавших насилие // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 93–101.

ANALYSIS OF PERSONAL FUNCTIONS (BY GUNTER AMMON) OF WOMEN WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER EXPERIENCED ABUSE

Tushkova K.V.

Krasnoyarsk regional psychoneurological clinic N 1
(Russia, Krasnoyarsk, Kurchatovo Str., 14)

Tushkova Kseniya Vladimirovna – psychiatrist, Krasnoyarsk regional psycho-neurological clinic N 1 (Russia, 660041, Krasnoyarsk, Kurchatovo Str., 14); e-mail: kseniya_fadeeva@mail.ru.

Abstract. The results of the research of the central personal self-functions (by Gunter Ammon) from 64 women with post-traumatic stress disorder experienced sexual (group 1, n = 30) and physical (group 2, n = 34) abuse. Women 1st and 2nd group were found low constructive indicators of functioning, in particular there is a decrease scales indicators of constructability of self-structural Ammon test, accordingly (39.0 ± 1.1) and (40.8 ± 0.9) points. At the same time, the women of the 1st and 2nd group were found high indicators of destructive [accordingly (28.7 ± 1.1) and (26.4 ± 0.8) points] and deficiant [accordingly (29.4 ± 1.0) and (29.7 ± 1.1) points] scales. The differences are both constructive and destructive-deficient indicators among women with different types of abuse.

Keywords: medical psychology, post-traumatic stress disorder, the central self-functions (by Gunter Ammon), sexual abuse, physical abuse.

References

1. Bundalo N.L. Khronicheskoe posttraumaticheskoe stressovoe rasstroistvo [The chronic posttraumatic stress disorder]. Krasnoyarsk. 2009. 352 p. (In Russ.)
2. Mukhina N.A., Evdokimov V.I. «Seksual'naya travma v armii» kak faktor riska posttraumaticheskogo stressovogo rasstroistva u zhenshchin-veteranov v SShA (obzor literatury) [Military sexual trauma as a risk factor for post-traumatic stress disorder in US women veterans (literature review)]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2014. N 3. Pp. 84–93. (In Russ.)
3. Ocherki dinamicheskoi psikhii. Transkultural'noe issledovanie [Essays on dynamic psychiatry. Transcultural research]. Eds.: M.M. Kabanov, N.G. Neznanov. Sankt-Peterburg. 2003. 438 p. (In Russ.)
4. Tupitsyn Yu.Ya., Bocharov V.V., Alkhazova T.V., Brodskaya E.V. Ya-strukturnyi test G. Ammona: oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsii na strukturnom urovne [Self-structural G.Ammon test: questionnaire for an assessment of the central personal functions at the structural level]. Sankt-Peterburg. 1998. 70 p. (In Russ.)
5. Tsygankov B.D., Tyuneva A.I., Bylim A.I. Psikhicheskie rasstroistva u zhertv nasiliya i ikh mediko-psikhologicheskaya korrektsiya [Mental disorders in violence victims and the medico-psychological correction]. Moskva. 2006. 174 p. (In Russ.)
6. Kaplan E.A. Trauma Culture: The Politics of Terror and Loss in Media and in Literature. Rutgers University Press. 2005. 208 p.

Received 04.05.2016

For citing. Tushkova K.V. Analiz lichnostnykh funktsii (po Gyunteru Ammonu) u zhenshchin s posttraumaticheskimi stressovymi rasstroistvom, ispytavshikh nasilie. Vestnik psikhoterapii. 2016. N 58. Pp. 93–101. (In Russ)

Tushkova K.V. Analysis of personal functions (by Gunter Ammon) of women with post-traumatic stress disorder experienced abuse. The Bulletin of Psychotherapy. 2016. N 58. Pp. 93–101.

УДК 159.9 : [616.1 : 616.89]

С.А. Парцерняк, А.В. Герцев, В.Н. Ищук

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИЗУАЛЬНО-АУДИАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПОЛИМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Городская больница № 15
(Россия, Санкт-Петербург, Авангардная ул., д. 4);
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Показана высокая эффективность лечения больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра, при включении в их комплексную терапию визуально-аудиальной стимуляции. Визуально-аудиальная стимуляция в комплексе основного лечения кардиотропными препаратами больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией позволяет оптимизировать функционирование нейропептидно-цитокинового пула, проявляющееся уменьшением выраженности тревожно-депрессивных расстройств у этих пациентов, стимуляцией продукции β -эндорфина, снижением через эффекторные звенья регуляции провоспалительных (TNF- α , IL-1 β , IL-6) и увеличением противовоспалительных (IL-4, IL-10) цитокинов.

Ключевые слова: клиническая психология, визуальная и аудиальная стимуляция, тревожные и депрессивные расстройства, сердечно-сосудистая патология, β -эндорфин, цитокин.

Парцерняк Сергей Александрович – д-р мед. наук проф., зам. гл. врача по терапии, Гор. больница № 15 (Россия, 198205, Санкт-Петербург, Авангардная ул., д. 4), e-mail: professorpsa@mail.ru:

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

Ищук Владимир Николаевич – канд. мед. наук доц. каф. курортологии и физиотерапии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: docisch@mail.ru.

Введение

В кардиологической практике врачу часто приходится встречать больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в коморбидности с гипертонической болезнью (ГБ), протекающих с астено-невротическим компонентом, тревожными и депрессивными проявлениями. По существующим оценкам, распространенность полиморбидной сердечно-сосудистой патологии терапевтического профиля составляет 70–80 % в клинике внутренних болезней, а коморбидность расстройств аффективного спектра выявляется у 18–60 % больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [4].

Коморбидность сердечно-сосудистых заболеваний между собой и астено-невротическим синдромом, тревожными и депрессивными нарушениями является известным в клинической практике фактом [2, 7]. У таких пациентов тревожные и депрессивные нарушения значительно увеличивают риск развития осложнений основного заболевания и отягощают прогноз [5, 6]. Прямое патофизиологическое воздействие тревожно-депрессивных расстройств на сердечно-сосудистую систему способствует развитию нарушений со стороны основных регуляторных процессов и опасных для жизни клинических проявлений ИБС и ГБ: острого инфаркта миокарда (ОИМ) и острого расстройства мозгового кровообращения [3, 8].

В современных условиях отмечается значительное «омоложение» ряда сердечно-сосудистых заболеваний, коморбидных с тревожно-депрессивными нарушениями, что обусловлено неблагоприятными экономическими и социальными условиями жизни большинства населения страны [6, 9]. В начале XXI в. на этом фоне отмечено резкое сокращение продолжительности жизни населения. Так, возраст лиц с жизнеугрожающими сосудистыми расстройствами составил 35–50 лет, при том что в середине 1980-х г. эти осложнения ИБС и АГ возникали в основном у пациентов в 60–65 лет [1, 4]. Комплексный характер нарушений в функционировании основных регуляторных и эффекторных систем при сердечно-сосудистых заболеваниях обусловил необходимость разработки новых эффективных и менее затратных подходов к их лечению и профилактике с учетом возможностей современных технологий.

Побуждающими мотивами развития интегративных подходов к лечению больных с комплексными нарушениями функционирования регуляторных и эффекторных систем обусловлены чрезмерной затратностью узкоспециализированного подхода, относительно низкой его эффективностью в лечении, значительным оттоком пациентов из здравоохранения в нетрадиционную сферу лечебных пособий. Основной принцип комплекс-

ного подхода к лечению больных с регуляторными нарушениями – разработка динамичной лечебной тактики, основанной на результатах комплексной диагностики и ориентированной на системный подход к лечению заболеваний внутренних органов, что позволит разработать новые технологии диагностики, лечения и профилактики этих больных. Внедрение комплексной модели организации оказания медицинской помощи может значительно увеличить качество медицинских услуг различным слоям населения, сократить время на улучшение и нормализацию самочувствия больных.

Поиск и внедрение новых эффективных и менее затратных подходов к лечению больных с комплексным характером нарушений регуляторных функций, позволяющих оптимизировать медикаментозную терапию, снизить нагрузку лекарственных препаратов на организм больного, а также повысить клинико-экономическую эффективность работы соматических отделений стационаров в виде снижения затрат на лечение, является первоочередной задачей в клинике внутренних болезней.

Цель исследования – изучение эффективности применения визуально-аудиальной стимуляции в комплексной терапии больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Материал и методы

Провели клинико-лабораторное обследование 70 больных (мужчин) в возрасте от 35 до 45 лет со средним возрастом ($38,0 \pm 4,6$) лет. У 40 обследуемых имелась ИБС (I20 по МКБ-10) в коморбидности с ГБ II стадии (I10 по МКБ-10), протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра (F41.2 по МКБ-10). Длительность наблюдения за больными была (346 ± 14) сут. Контрольную группу (КГ) составили 30 относительно здоровых мужчин.

Исследования проводили в клинике военно-морской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, углубленное лабораторное обследование – в научно-исследовательской лаборатории клеточного и гуморального иммунитета Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург).

Для решения цели исследования сформировали группы больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, предпринимая соответственно следующие виды лечения:

1-я (n = 12) – проводили стандартную терапию ИБС и ГБ, включающую кардиотропные (гипотензивные, антиангинальные, гиплипидемические и антитромботические) препараты;

2-я (n = 14) – получали в комплексе терапевтических мероприятий, кроме стандартной терапии ИБС и ГБ, антидепрессанты (блокаторы обратного захвата серотонина) и малые транквилизаторы;

3-я (n = 14) – проводили психофизиологическую (визуальную и аудиальную) коррекцию психического статуса путем цветоформовоздействия с экрана монитора компьютера. В настоящей работе визуально-аудиальная стимуляция представляла собой воздействие на зрительный анализатор пациента заданного авторами алгоритма специально отобранных изменяющихся цветовых гамм движущихся объектов и реальных изображений (последовательные замены одного образа и пейзажа на другие с ускорением или замедлением). Воздействие на органы слуха осуществляли путем активации/деактивации звуковых и музыкальных эффектов при изменении в реальном времени цветовых гамм движущихся объектов и реальных изображений.

Методику психофизиологической коррекции использовали при индивидуальном подходе к каждому пациенту. Длительность 1 сеанса составляла 45–60 мин в утреннее и вечернее время в течение 12–14 сут.

Эффективность терапии изучали по состоянию психической сферы и центральной регуляции системы нервно-психической адаптации, вегетативной нервной и иммунной систем. Для оценки стойкости терапевтического эффекта проводимого лечения на постгоспитальном этапе изучали количество обращений больных за амбулаторной помощью и число их повторных госпитализаций в течение первого года после выписки из стационара.

Психологические и психофизиологические процессы исследовали с помощью стандартизированного многофакторного исследования личности (СМИЛ) и восьмицветового теста Люшера.

Состояние вегетативной нервной и иммунной систем изучали с использованием тест-систем по определению в сыворотке крови больных β -эндорфина, цитокинов провоспалительного и противовоспалительного спектра методом иммуноферментного анализа (ИФА). Для определения провоспалительных (TNF- α , IL-6, IL-10) цитокинов использовали тест-системы фирмы «ProCon», противовоспалительных (IL-1 β , IL-4) – фирмы «BioSource International». Показатели продукции β -эндорфина определяли с использованием тест-систем фирмы «BioSource International».

Математическую обработку данных исследования осуществили на IBM-совместимом персональном компьютере. Электронная база данных создана в программной среде «Microsoft Excel 2003–2007», статистический анализ выполнили с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0» (StatSoft, США). Предварительно оценивали соответствие исследуемых выборок закону нормального распределения. Определяли среднюю арифметическую величину и ее стандартное отклонение ($M \pm SD$).

Результаты и их анализ

Состояние психического статуса. Проведенные исследования психологических особенностей по результатам теста СМИЛ установили значимые различия в показателях шкал между группами больных. В 1-й группе больных после лечения динамика показателей психологического статуса не прослеживается. По-прежнему сохраняются высокие значения показателя по шкалам HS (ипохондрическая фиксация), D (депрессия), HУ (истероидные реакции), PD (психопатические отклонения) и Pt (склонность к психоастеническим реакциям).

Во 2-й группе больных, за счет применения психотропных препаратов в комплексе основного лечения, выявлено снижение значений показателя по шкалам HS (ипохондрическая фиксация; $p < 0,05$), D (депрессия; $p < 0,05$), HУ (истероидные реакции; $p < 0,05$) и Pt (склонность к психоастеническим реакциям; $p < 0,05$).

В 3-й группе больных психологические показатели по шкалам D ($p < 0,01$), HS ($p < 0,01$), HУ ($p < 0,05$) и Pt ($p < 0,01$) достигают уровня нормальных значений, в отличие от таковых показателей у пациентов 1-й и 2-й групп ($p < 0,05$).

Анализируя показатели теста СМИЛ в 3 группах обследования больных с полиморбидной патологией, следует резюмировать, что во 2-й и в большей степени в 3-й группе пациентов значения показателей невротической «триады» (шкалы HS, D и HУ) и шкалы Pt существенно снизились и приобрели нормальный вид, сравнимый со среднепопуляционной выборкой здоровых людей. В то же время ведущей в профиле личности у пациентов стала шкала PD. Для этих больных характерно преобладание ярко выраженных полярных по знаку эмоций (гнева или восхищения, гордости или презрения).

Полученные результаты обследования психического статуса больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией по данным тестирования СМИЛ свидетельствуют о слабой эффективности стандартного

лечения по сравнению с терапией психотропными препаратами и визуально-аудиальной стимуляции в комплексной терапии.

Сравнение показателей теста Люшера в группах больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией после лечения показывает, что наиболее значимые статистически отличия имеются во 2-й и 3-й группах по показателям работоспособности ($p < 0,001$), стрессового состояния ($p < 0,001$), тревожности ($p < 0,001$), отклонения от аутогенной и общей нормы (соответственно $p < 0,05$ и $p < 0,001$).

В 1-й группе пациентов после лечения кардиотропными препаратами по результатам теста Люшера отмечено увеличение только показателей физиологической работоспособности ($p < 0,001$). При этом по-прежнему сохраняются высокие показатели уровня тревожности ($p < 0,001$) и стрессового состояния ($p < 0,001$).

В группе больных 3-й группы при сравнении со 2-й статистически значимые различия наблюдаются по показателям концентричности/эксцентричности ($p < 0,01$), профилю личности ($p < 0,01$), тону вегетативной нервной системы ($p < 0,01$), отклонения от аутогенной ($p < 0,01$) и общей нормы ($p < 0,01$) и соответствуют таковым показателям группы контроля.

Следовательно, лечение, включающее применение визуально-аудиальной стимуляции, способствует снижению тревожности, стрессового состояния у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, а также нормализует состояние тону вегетативной нервной системы.

Полученные результаты психологического (тест СМИЛ) и психофизиологического (тест Люшера) тестирования свидетельствуют о том, что применение стандартного лечения кардиотропными препаратами (гипотензивные, антиангинальные, гиполипидемические и антитромботические) у пациентов с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра, не оказывает значимого терапевтического эффекта на состояние центральной нервной системы (тревожность, депрессивность, стрессовое состояние), что связано с их периферическим действием только на основные патогенетические звенья ИБС и ГБ.

Комплексное лечение таких пациентов должно включать в себя применение психотропных средств и в первую очередь методик психологической (психофизиологической) коррекции, что обусловлено их прямым действием на центральную нервную систему при тревожно-депрессивных со-

стояниях, и таким образом оптимизировать эффективность применения медикаментозного лечения кардиотропными препаратами ИБС и ГБ.

Именно комплексный подход к лечению таких «сложных» и «проблемных» больных с полиморбидной патологией, включающий применения психофизиологической (визуальной и аудиальной) стимуляции, позволяет оптимизировать медикаментозную терапию основного заболевания, снизить нагрузку лекарственных препаратов на организм больного и повысить клинико-экономическую эффективность работы соматических отделений клиник.

Состояние вегетативной регуляции. При исследовании характера вегетативного статуса у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией путем оценки числовых значений вегетативного индекса, определяемого с помощью восьмицветового теста Люшера, оказалось, что на фоне проводимой терапии у больных 1-й и 2-й групп сохраняется преобладающий симпатикотонический тип вегетативных влияний. В КГ и у больных 3-й группы преобладал нормотонический тип вегетативной регуляции. Изменения вегетативного тонуса у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, которым в комплексе основной терапии проводили психофизиологическую стимуляцию, по данным числовых значений вегетативного индекса, свидетельствует об эффективности данного лечения.

При проведении клинико-лабораторных исследований было выявлено достоверно значимое повышение уровня продукции β-эндорфина (табл. 1) в 3-й группе пациентов по отношению к 1-й ($p < 0,05$) и 2-й ($p < 0,05$) группам. Уровни β-эндорфина в сыворотке крови больных 2-й группы также значимо превышали таковые показатели 1-й группы ($p < 0,05$).

Таблица 1

Уровень продукции β-эндорфина, (M ± SD) пг/мл

Показатель	Больные до лечения	Группа больных после лечения			КГ
		1-я	2-я	3-я	
β-эндорфин	1816 ± 614,8 ^{***}	2297 ± 710,3	2560 ± 861,7 [*]	3205 ± 1856,1 ^{*#}	4548,6 ± 1081,5 ^{*#}

Здесь и в табл. 2 различия значимы при $p < 0,05$ по сравнению:
^{*} – с 1-й группой; [#] – со 2-й группой; ^{**} – с 3-й группой.

Высокие показатели продукции β-эндорфина в 3-й группе и повышение его значений во 2-й свидетельствуют о положительных тенденциях в регуляторных процессах надсегментарной области вегетативной нервной

системы, что говорит об эффективности лечения, включающего примененные визуально-аудиальную стимуляцию и психотропных препаратов в комплексе основной терапии.

Состояние иммунной системы. Все показатели цитокинов провоспалительного и противовоспалительного спектра также изменялись в широких пределах в зависимости от проводимого лечения (табл. 2). Установлено статистически значимое снижение уровня TNF- α во всех группах у пациентов после проведенного лечения. В 3-й группе пациентов уменьшение показателей TNF- α было более выражено, и они приближались по значимости к данным КГ (см. табл. 2).

Таблица 2
Величина продукции цитокинов, (M \pm SD) пг/мл

Показатель	Больные до лечения	Группа больных после лечения			КГ
		1-я	2-я	3-я	
TNF- α	33,3 \pm 30,4 ^{***#}	19,4 \pm 22,6	10,8 \pm 9,1 [*]	7,2 \pm 5,0 ^{*#}	7,3 \pm 4,6 ^{*#}
IL-1 β	4,1 \pm 0,7 ^{**}	3,74 \pm 0,3	3,5 \pm 0,8	2,8 \pm 1,3 ^{*#}	2,4 \pm 1,1 ^{*#}
IL-6	14,3 \pm 8,6 ^{***}	7,5 \pm 2,9	4,9 \pm 2,2 [*]	2,5 \pm 1,1 ^{*#}	2,5 \pm 0,9 ^{*#}
IL-4	2,9 \pm 0,6 ^{**}	3,1 \pm 0,8	4,6 \pm 1,3 [*]	6,1 \pm 2,7 ^{*#}	6,1 \pm 1,1 [*]
IL-10	8,9 \pm 16,0 ^{***#}	16,9 \pm 17,8	28,2 \pm 8,5 [*]	34,2 \pm 9,5 ^{*#}	32,4 \pm 23,0 [*]

После проведенного лечения у больных происходит снижение продукции и других провоспалительных (IL-1 β , IL-6) цитокинов, но в 3-й группе пациентов это уменьшение по сравнению с другими больными более выражено. Как правило, данные провоспалительных цитокинов у пациентов 3-й группы после проведенного лечения и лиц КГ статистически не различались (см. табл. 2).

Обратная тенденция наблюдается в показателях противовоспалительных (IL-4, IL-10) цитокинов. После проведенного лечения у пациентов отмечается их увеличение, более выраженное у больных 3-й группы (см. табл. 2).

Из приведенных фактов следует заключить, что применение визуально-аудиальной стимуляции, а также психотропных препаратов в комплексе терапевтических мероприятий приводит к снижению через эффекторные звенья регуляции провоспалительных (TNF- α , IL-1 β , IL-6) и увеличению противовоспалительных (IL-4, IL-10) цитокинов.

Оценка данных ретроспективного анализа историй болезни. Для оценки эффективности изученных подходов к терапии больных с поли-

морбидной сердечно-сосудистой патологией и тревожно-депрессивными нарушениями оценили также частоту обращений их за амбулаторной помощью и повторные госпитализации в течение 1 года после выписки из стационара (табл. 3).

Таблица 3

Оценка данных ретроспективного анализа здоровья больных, n (%)

Показатель	Группа больных		
	1-я	2-я	3-я
Ухудшение самочувствия	11 (92)	9 (65)	7 (50)
Госпитализация в стационар:	11 (92)	9 (65)	7 (50)
однократно	6 (50)	5 (36)	4 (29)
дважды	3 (25)	2 (14)	–
трижды	2 (16)	–	–
Обращение к кардиологу поликлиники по поводу жалоб:	10 (83)	8 (57)	5 (35)
однократно	5 (42)	6 (42)	5 (35)
дважды	4 (32)	2 (21)	–
трижды	2 (16)	–	–

Анализируя полученные данные (см. табл. 3), следует резюмировать, что у больных 3-й группы отмечается статистически достоверно меньшее число повторных госпитализаций ($p < 0,01$) и количество койко-дней за 1-й год ($p < 0,01$) после выписки из стационара по сравнению с больными 1-й и 2-й групп.

Заключение

Применение стандартного лечения в соответствии с рекомендациями оказания медицинской помощи не оказывает стойкого терапевтического эффекта при лечении больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра, что связано с недостаточным и кратковременным периферическим действием проводимой терапии. В нашем исследовании оказалось, что использование психофизиологической коррекции (визуально-аудиальной стимуляции) в комплексной терапии полиморбидной сердечно-сосудистой патологии более целесообразно, чем применение психотропных препаратов.

Визуально-аудиальная стимуляция в большей степени способствует снижению уровня тревожно-депрессивных нарушений, провоспалительных цитокинов, повышает уровень продукции β -эндорфина и цитокинов противовоспалительного спектра и тем самым поддерживает стабильный

терапевтический эффект на постгоспитальном уровне по сравнению с комплексной терапией психотропными препаратами.

Применение визуально-аудиальной стимуляции в комплексе основных терапевтических мероприятий улучшает психологические, психофизиологические, вегетативные и иммунные показатели у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра, позволяет снизить медикаментозную нагрузку на организм больного и поддерживает стабильный терапевтический эффект на постгоспитальном этапе.

Литература

1. Березин Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Рос. мед. журн. – 1998. – № 2. – С. 43–49.
2. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Краснов В.Н. Тревожно-депрессивные расстройства и ССЗ: клинические взаимосвязи и современные подходы к терапии // Сердце. – 2012. – № 3. – С. 155–164.
3. Довженко Т.В., Семиглазова М.В., Краснов В.Н. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при ССЗ // Соц. и клинич. психиатрия. – 2011. – № 4. – С. 5–13.
4. Парцерняк С.А. Интегративная медицина: путь от идеологии к методологии здравоохранения. – СПб. : Нордмедиздат, 2007. – 424 с.
5. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э. Психосоматические аспекты хронической сердечной недостаточности // Психич. расстройства в общей медицине. – 2011. – № 2. – С. 23–28.
6. Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.
7. Степанова Е. А. Депрессии при ишемической болезни сердца : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.
8. Mastrogiannis D. Depression in Patients with Cardiovascular Disease // Cardiol. Res. Pract. – 2012. – Vol. 20. – P. 794–762.
9. Tousoulis D. Role of depression in heart failure – choosing the right antidepressive treatment // Int. J. Cardiol. – 2011. – Vol. 140. – N 1. – P. 12–18.

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

Поступила 21.05.2016

Для цитирования. Парцерняк С.А., Герцев А.В., Ищук В.Н. Оценка эффективности применения визуально-аудиальной стимуляции в комплексной терапии больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 101–112.

**ESTIMATION OF EFFICIENCY OF APPLICATION VISUAL AND AUDIAL INFLUENCES
IN COMPLEX THERAPY PATIENT WITH COMBINED CARDIOVASCULAR PATHOLOGY,
PROCEEDING WITH ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS**

Partsernyak S.A.¹, Gertsev A.V.², Ischuk V.N.²

¹ Saint-Petersburg budget institution Health City Hospital № 15
(Russia, Saint-Petersburg, Avangardnaya Str., 4);

²The Kirov Military Medical Academy
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Sergei Aleksandrovich Partsernyak – Dr. Med. Sci. Prof., deputy chief physician of Saint-Petersburg City Hospital № 15 on therapy (Russia, 198205, Saint-Petersburg, Avangardnaya Str., 4), e-mail: professorpsa@mail.ru;

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

Vladimir Nikolaevich Ischuk – PhD Med. Sci., associate Prof., the department of balneology and physical therapy of Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: docisch@mail.ru.

Abstract. The research work presents some study results of efficiency of application visual and audial influences in complex therapy combined cardiovascular pathology (ischemic heart failure with arterial hypertension) proceeding with anxiety and depressive disorders. The authors conclude that psychophysiological (visual and audial) influences in complex therapy regulation abnormalities optimises on basic neuroimmune's links of pathogenesis in the combined cardiovascular pathology, characterized by depression reduction, increased of beta-endorphin, decreased activity TNF- α , IL-1 beta, IL-6 and increased IL-4, IL-10.

Keywords: clinical psychology, visual and audial influences, combined cardiovascular pathology, anxiety and depressive disorder, beta-endorphin, cytokine.

References

1. Berezin F.B. Psihologicheskie mehanizmi psihosomaticeskikh zabolovaniy [Psychological mechanisms of psychosomatic diseases]. *Rossiiskii medicinskii zhurnal* [The Russian Medical Journal]. 1998. N 2. Pp. 43–49. (In Russ.).

2. Vasuk U.A., Dovgenko T.V., Semiglazova M.V., Krasnov V.N. Trevogno-depressivnie rasstroistva I SSZ: klinicheskie vzaimosvyzi I sovremennye podhodi k terapii [Anxiety-depressive disorders and cardiovascular disease: the clinical relationship and modern approaches to therapy]. *Serdce* [A heart]. 2012. N 3. Pp. 155–164. (In Russ.).

3. Dovgenko T.V., Semiglazova M.V., Krasnov V.N. Rasstroistva trevogno-depressivnogo spectra I sindrom kardialnoi boli pri SSZ [Disorders of anxiety-depression spectrum and cardiac pain syndrome in cardiovascular diseases]. *Socialnaya*

I klinicheskoy psihiatriy [Social and clinical psychiatry]. 2011. N 4. Pp. 5–13. (In Russ.).

4. Parcernyk S.A. Integrativnaya medicina: put ot ideologii k metodologii zdorovohraneniya [Integrative Medicine: the path from ideology to the methodology of Health]. Sankt-Peterburg. 2007. 424 p. (In Russ.).

5. Petrova N.N., Kutuzova A.E. Psihosomaticheskiye aspekty hronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti [Psychosomatic aspects of chronic heart failure]. *Psihosomaticheskiye rasstroystva v obshej medicine* [Mental disorders in general medicine]. 2011. N 2. Pp. 23–28. (In Russ.).

6. Smulevich A.B. Psihicheskiye rasstroystva v klinicheskoy praktitshe [Psychiatric disorders in clinical practice]. Moscow. 2011. 720 p. (In Russ.).

7. Stepanova E.A. Depressiya pri ishemicheskoy bolezni serdca [Depression in patients with coronary heart disease]. Moscow. 2011. 24 p. (In Russ.).

8. Mastrogiannis D. Depression in Patients with Cardiovascular Disease. *Cardiol. Res. Pract.* 2012. Vol. 20. Pp. 794–762

9. Tousoulis D. Role of depression in heart failure – choosing the right antidepressive treatment *Int. J. Cardiol.* 2011. Vol. 140, N 1. Pp. 12–18.

Received 21.05.2016

For citing. Partsernyak S.A., Gertsev A.V., Ischuk V.N. Otsenka effektivnosti primeneniya vizual'no-audial'noy stimulyatsii v kompleksnoy terapii bol'nykh s polimorbidnoy serdechno-sosudistoy patologiei, protekayushchei na fone rasstroystva trevozhno-depressivnogo spectra. *Vestnik psikhoterapii.* 2016. N 58. Pp. 101–112. (**In Russ**)

Partsernyak S.A., Gertsev A.V., Ischuk V.N. Estimation of efficiency of application visual and audial influences in complex therapy patient with combined cardiovascular pathology, proceeding with anxiety and depressive disorders. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2016. N 58. Pp. 101–112.

ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ПАРАМЕТРОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ПОКАЗАТЕЛИ СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ ЛЕЧЕНИЕМ В СТАЦИОНАРЕ

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

Изучена взаимосвязь между субъективной удовлетворенностью стационарным лечением с личностными факторами и приспособительным поведением 101 больного, страдающего шизофренией. Установлено, что в процессе совладания с болезнью пациенты используют различные копинг-стратегии, что в целом влияет на степень их удовлетворенности проведенным лечением. Превалирование активно-продуктивных копинг-стратегий, и в частности «попытки контролировать» процесс, благоприятно отражается на удовлетворенности результатами лечения и отношениями с врачом. Использование пассивно-зависимых копинг-стратегий негативно влияет на удовлетворенность как результатами лечения, так и взаимоотношениями с врачом и окружающими бытовыми условиями. Деструктивная копинг-стратегия «агрессия» снижает как удовлетворенность взаимоотношениями с врачом, так и результаты лечения.

Ключевые слова: клиническая психология, психодиагностика, удовлетворенность лечением, психиатрия, шизофрения.

Лутова Наталия Борисовна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр., рук. отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных психич. расстройствами, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: lutova@mail.ru;

Раковская Наталия Викторовна – врач-психиатр отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных психич. расстройствами, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: nvakovskaia@yandex.ru;

Сорокин Михаил Юрьевич – мл. науч. сотр. отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных психич. расстройствами, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: m.sorokin@list.ru;

Вид Виктор Давыдович – д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр. отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных психич. расстройствами, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: wied@bekhterev.ru.

Введение

Проблема повышения качества оказания медицинской помощи является актуальной как в нашей стране, так и во всем мире. Свидетельством тому является огромное количество публикаций, посвященных этой проблеме. К настоящему времени выявлены характеристики качества и сформулированы требования, предъявляемые к оказываемой медицинской помощи. Считается, что медицинская помощь должна быть оказана с максимально возможным эффектом, при этом иметь минимальную стоимость, быть обоснованной, законной, соответствовать ожиданиям пациентов и инвесторов и распределяться по справедливости [8, 13]. Данные требования предполагают широкое участие пациентов в управлении ее качеством, которое реализуется путем повышения информированности потребителей медицинских услуг, сбора их мнений относительно организации работы лечебного учреждения и учета их субъективной удовлетворенности лечением [6]. В последние годы данный подход распространяется и на психиатрическое здравоохранение [7], поскольку он не только необходим для многосторонней оценки качества, но и важен для привлечения пациентов к системе психиатрического здравоохранения, повышения их приверженности к соблюдению медикаментозной терапии, и в итоге оказывает влияние на течение и исход заболевания [15].

В свою очередь, особенности самого заболевания оказывают влияние на оценку качества и субъективную удовлетворенность полученным лечением, что особенно отчетливо проявляется у психиатрического контингента больных [12]. В частности, установлено, что острота симптоматики, как и выраженность негативных проявлений, отрицательно влияет на удовлетворенность лечением больного в целом и ее различные составляющие [11]. Но помимо выраженности и качества психопатологических проявлений, на субъективную оценку результатов лечения могут влиять и личностные характеристики пациентов, тем более что искажения структуры личности больных, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, обуславливают особенности их функционирования и адаптационный потенциал [2, 10], во многом определяющий качество жизни и медицинский прогноз [16]. В литературе указывается, что для этой категории больных характерно и искажение системы ценностных ориентаций, которые нарушают содержание направленности личности, составляющую основу взаимодействия с окружающими [1, 3], и своеобразие психологических адаптационно-компенсаторных образований, обусловленное деструктивными механизмами психологической защиты и копинг-механизмами [4]. Особенно

хорошо это прослеживается в ходе стационарного лечения, а именно в том, как больной реагирует на процесс госпитализации, как относится к приему медикаментозной терапии, насколько успешно удастся ему адаптироваться в условиях психиатрического стационара и, наконец, насколько конструктивным окажется сотрудничество с лечащим врачом [3]. В этой ситуации особый интерес представляет изучение разнообразных факторов, определяющих субъективную удовлетворенность больных проведенным лечением.

Цель исследования – установить влияние личностных факторов и аспектов приспособительного поведения на субъективную удовлетворенность лечением у больных шизофренией в психиатрическом стационаре.

Материалы и методы

Обследовали 101 пациента, находившегося на лечении в отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Женщин было 61 (60,4 %), мужчин – 40 (39,6 %). Возраст больных составил от 18 до 59 лет, средний возраст – $(29,9 \pm 7,5)$ лет. Согласно критериям МКБ-10, обследованные больные диагностически относились к рубрикам: шизофрения (F20), шизотипическое расстройство (F21), шизоаффективные расстройства (F25). Все пациенты были госпитализированы добровольно и находились в стационаре от 21 до 137 сут (средняя продолжительность лечения – 66,2 сут).

Для изучения личностных особенностей пациента использовали тест Р. Кеттелла (версия С) [9]. Тест оценивает показатели: А (общительность), В (интеллектуальность), С (эмоциональная стабильность), Е (доминантность), F (экспрессивность), G (нормативность), Н (смелость), J (чувствительность), L (подозрительность), М (мечтательность), N (дипломатичность), О (тревожность), Q1 (радикализм), Q2 (конформизм), Q3 (самоконтроль), Q4 (напряженность).

Для изучения особенностей приспособительного поведения использовали шкалу копинг-стратегий (SVF) [14], для оценки удовлетворенности лечением больных – опросник субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре (СУЛ), разработанный в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств [5], включающий 4 субшкалы:

- 1) удовлетворенность результатом лечения;
- 2) удовлетворенность взаимоотношениями «врач – больной»;

3) удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой;

4) стигматизация.

Полученные результаты обработали при помощи пакета статистических компьютерных программ SPSS (Statistical Package for Social Science). Использовали описательные статистики (среднее арифметическое, медиана). Проверку параметров распределения проводили с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. Достоверность межгрупповых различий выявляли методом сравнения средних рангов Манна–Уитни. В целях наглядности и единообразия представления данных результаты анализа приведены с указанием средних арифметических показателей.

Результаты и их анализ

В результате исследования выявлено, что обследованные пациенты, проходившие лечение в отделении, имели существенно различающиеся показатели субъективной удовлетворенности лечением (суммарная оценка опросника СУЛ – от 53 до 114 при максимальном значении 120 баллов, минимальном – 0). Для общего балла опросника СУЛ медиана в нашем исследовании составила $\sum \text{СУЛ} = 92$. Таким образом, исследуемые пациенты были разделены на 2 группы:

1-я ($n = 51$) – имеющие высокие показатели $\sum \text{СУЛ} (\geq 92)$;

2-я ($n = 50$) – имеющие более низкие показатели $\sum \text{СУЛ} (\leq 91)$.

Аналогично проведен анализ по 4 субшкалам опросника СУЛ. Для сравнения личностных факторов пациентов были изучены средние значения по каждому из факторов опросника Р. Кеттелла в группах пациентов с высокими и низкими значениями СУЛ. Результаты анализа приведены в табл. 1.

В группах с различными уровнями общей удовлетворенности лечением выявлены достоверные различия в средних оценках по фактору Н (смелость – робость). Пациенты с большим уровнем удовлетворенности имели более высокие оценки по этой шкале, т. е. характеризуются как более смелые, активные, готовые к риску и сотрудничеству.

В группах с разной степенью удовлетворенности результатами лечения достоверные различия выявлены в средних показателях по факторам: С (эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность), Н (смелость – робость), L (доверчивость – подозрительность), и М (практичность – мечтательность). Более высокий уровень удовлетворенности по этой субшкале имели пациенты с большим уровнем смелости, активности, довер-

чивости, практичности, реалистичности, с одной стороны, и эмоциональной нестабильности, уступчивости – с другой.

Таблица 1

Показатели факторов опросника Р. Кеттелла в группах больных с различными показателями СУЛ, средний балл

Фактор опросника Р. Кеттелла	Шкалы опросника СУЛ									
	общая		1-я		2-я		3-я		4-я	
	≤ 91	≥ 92	≤ 34	≥ 35	≤ 27	≥ 28	≤ 22	≥ 23	≤ 5	≥ 6
A	5,0	4,8	5,7	6,1	5,2	4,7	5,0	4,9	4,8	5,1
B	4,1	4,4	4,3	4,1	5,2	6,2	6,0	5,7	5,3	5,4
C	4,7	4,4	5,1*	4,0*	4,6	4,5	4,4	4,8	4,0*	5,1*
E	5,6	5,1	5,4	5,3	5,3	5,4	5,8	4,9	5,9*	4,9*
F	5,1	5,0	5,0	5,1	5,3	4,8	5,1	5,1	5,0	5,1
G	5,5	5,9	5,8	5,7	5,7	5,6	5,8	5,5	5,9	5,7
H	3,3*	4,7*	3,4*	4,6*	3,8	4,3	3,9	4,2	3,9	4,1
J	5,0	5,5	5,4	5,1	4,9	5,5	5,0	5,5	5,4	5,1
L	5,8	5,9	7,1*	5,8*	5,0	5,5	5,0	5,5	5,4	5,1
M	6,1	5,1	6,1*	5,1*	6,1	5,2	5,7	5,5	5,9	5,3
N	5,9	5,8	6,2	5,5	5,8	6,0	5,8	6,0	5,9	5,8
O	6,7	6,5	6,4	6,8	6,3	6,8	7,0	6,1	7,0	6,3
Q1	4,1	3,7	3,8	3,9	4,2	3,7	5,8	5,5	3,8	4,0
Q2	6,3	6,1	6,1	6,3	6,5	6,0	6,1	6,3	6,3	6,1
Q3	6,0	6,4	6,2	6,2	5,8	6,5	6,0	6,3	6,3	6,1
Q4	4,8	4,7	4,8	4,7	4,6	4,8	5,1	4,4	5,0	4,5

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

В группах с различными уровнями стигматизации различия выявлены по факторам С (эмоциональная нестабильность – эмоциональная стабильность) и Е (подчиненность – доминантность). Пациентам с менее выраженными показателями стигматизации свойственны большая эмоциональная стабильность и вместе с тем большая мягкость, уступчивость, кротость, характеризующие фактор «подчиненности» теста Р. Кеттелла.

В ходе исследования не было выявлено влияния личностных параметров на формирование показателей по 2-й и 3-й шкалам опросника СУЛ.

Для изучения взаимосвязи используемых пациентами копинг-стратегий и субъективной удовлетворенности лечением проанализированы данные опросника SVF в группах пациентов с разными степенями удовле-

творенности лечением. Полученные данные приведены в табл. 2, где указаны полученные достоверные различия.

Таблица 2

Показатели средних значений копинг-стратегий шкалы SVF
в группах больных с различными показателями опросника СУЛ

Шкала SVF	Шкала опросника СУЛ									
	общая		1-я		2-я		3-я		4-я	
	≤91	≥92	≤34	≥35	≤27	≥28	≤22	≥23	≤5	≥6
Активно-продуктивные копинг-стратегии										
Попытки контролировать ситуацию	43,4	46,9	42,6*	47,7*	28,1	42,8	45,5	45,0	44,4	45,8
Пассивно-зависимые копинг-стратегии										
Социальная инкапсуляция	55,5	52,8	55,2	53,1	55,9	52,5	53,9	54,4	56,5*	52,2*
Заместительное удовлетворение	52,7*	47,6*	53,6*	46,7*	52,4*	48,1*	50,0	49,8	51,9	48,7
Деструктивные копинг-стратегии										
Агрессия	50,1*	46,9*	49,9	47,1	50,4*	46,9*	49,5	47,4	50,0	47,3

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

Результаты исследования показали, что достоверно значимыми при оценке влияния копинг-стратегий на показатели субъективной удовлетворенности лечением оказалось, например, что стратегия «попытки контролировать ситуацию», относящаяся к группе активно-продуктивных стилей, связана с лучшими показателями по 1-й шкале опросника СУЛ; пассивно-зависимая стратегия «заместительное удовлетворение» – с более низкими показателями удовлетворенности в целом, а также 1-й и 2-й шкалами СУЛ, в то время как копинг-стратегия «социальная инкапсуляция» оказалась более свойственной для пациентов с более высокими показателями по 4-й шкале; а более высокие показатели по шкале «агрессия» теста SVF связаны с 3-й шкалой опросника СУЛ.

Полученные данные свидетельствуют, что различные индивидуально-психологические особенности личности и преобладающие стили функционирования индивида оказывают влияние на восприятие и отношение больных шизофренией к стационарному лечению, что выражается в субъективной удовлетворенности лечением.

Так, пациенты, обладающие такими личностными чертами, как смелость, активность, практичность, способные ставить перед собой реальные цели и обладающие готовностью к сотрудничеству, демонстрируют большую субъективную удовлетворенность лечением в целом и результатами лечения в частности. Это свидетельствует прежде всего о том, большая сила Я, предопределяющая преморбидно более высокий уровень социальной компетенции больных и личностный адаптационный потенциал, позволяет пациентам лучше справляться с психологическими проблемами.

В то же время, оценка удовлетворенности собственно результатами лечения подвержена влиянию различных личностных особенностей индивида. Парадоксально выше оценивают результаты лечения пациенты с чертами эмоциональной нестабильности, по-видимому, ввиду присущей им тенденции к уступчивости, податливости, а также стремления избежать трудно переносимую для них ситуацию фрустрации.

В меньшей степени были удовлетворены результатами лечения пациенты с чертами настороженного отношения к окружающей действительности, напряженности, а также мечтательности, склонностью к идеалистическому восприятию.

Однако большая эмоциональная стабильность, черты зрелости, трезвость суждений позволяют пациентам легче принимать и переносить стигматизирующее влияние психиатрического диагноза. При этом свойственная пациентам склонность к уступчивости, конформности способствует менее травматичному принятию психического заболевания. То, что кроткие и мягкие пациенты воспринимают диагноз легче, отчасти может быть обусловлено и формированием вторичной выгоды у зависимых пациентов, которая своеобразно «противодействует» стигматизации, компенсируя неизбежно формирующееся при такой позиции нарушение самооценки.

То, что показатели опросника Р. Кеттелла не продемонстрировали значимого влияния индивидуальных особенностей характера на удовлетворенность взаимоотношениями с врачом, а также бытовыми условиями, может свидетельствовать о том, что данный опросник не отражает ряд личностных механизмов (например, «мансипаторский протест» или «потребность в эмоциональной GRATИФИКАЦИИ», а также «претенциозность»), которые несомненно влияют на указанные параметры. Ограниченные возможности использованного инструмента не позволяют сделать вывод о том, что личностные особенности вообще не влияют на эти два важных параметра субъективной удовлетворенности лечением.

Использование пациентами активной копинг-стратегии «попытка контролировать ситуацию» свидетельствует о четкой и определенной позиции самого больного в процессе лечения, его активной роли и взятии на себя ответственности за процесс выздоровления. Принятие ответственности является ключевым в процессе изменений и в целом оказывает положительное влияние на удовлетворенность результатами лечения.

Снижает субъективную удовлетворенность лечением в целом, собственно результатами лечения и взаимоотношениями с врачом выраженность копинг-стратегии «заместительное удовлетворение». Здесь напряжение копинга может являться следствием игнорирования пациентом заболевания и лечения, что и приводит к обесцениванию результатов лечебного процесса и усилий врача; либо, не находя удовлетворяющего отношения со стороны врача, больной стремится к поиску иных, «утешительных» его отношений, а не получая их, остается неудовлетворенным лечением.

Напряженность пассивно-зависимой копинг-стратегии «социальная инкапсуляция», по-видимому, является результатом отсутствия ресурсов больного для активного противостояния стигматизации.

В ходе исследования выявлено достоверно негативное влияние на субъективную удовлетворенность взаимоотношениями с врачом такой деструктивной копинг-стратегии, как «агрессия». Здесь каждый случай может потребовать индивидуальной диагностики: снижается ли субъективная удовлетворенность вследствие личностной агрессивности больного, или же она возникает как ответная реакция пациента на неумелые вмешательства врача.

Выводы

Полученные данные, во-первых, подтверждают значимость холистического подхода в оценке пациента, необходимость учета психологической составляющей функционального диагноза как при выборе лечебных мероприятий, так и при оценке результатов лечения, поскольку то, как пациент воспринимает и оценивает различные аспекты лечения в стационаре, закладывает фундамент дальнейшего контакта больного с психиатрическим здравоохранением. Во-вторых, новизна и неисследованность поднятой проблемы имеют следствием то, что на данном этапе возникает больше постановок вопросов, чем ответов. Такая ситуация потребует дальнейших исследований, в направлении которых прокладывает путь настоящая работа.

Литература

1. Аристова Т.А., Петрова Н.Н., Шмидт Е.В. Исследование расстройств волевой сферы и смысложизненных ориентаций у больных с эндогенными психозами // Реабилитология : сб. науч. трудов. – М., 2003. – С. 496–499.
2. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 1. – С. 67–73.
3. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика : учеб.-метод. пособие. – СПб. : Речь, 2010. – С. 74–82.
4. Коцюбинский А.П. [и др.]. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб. : Гиппократ плюс, 2004. – 336 с.
5. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре : метод. рекомендации. – СПб., 2007. – 14 с.
6. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. Оценка Субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2007. – № 1. – С. 7–9.
7. Любов Е.Б., Бурьгина Л.А., Бояров В.Г. [и др.] Оценка качества психиатрической помощи пациентам и их родственникам : метод. рекомендации // Сб. методических рекомендаций и пособий для врачей и др. специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. – М., 2009. – С. 403–430.
8. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М. : Медицина, 2000. – 368 с.
9. Настольная книга практического психолога / сост. С.Т. Посохова, С.Л. Соловьева. – М. : АСТ : Хранитель ; СПб. : Сова, 2008. – 672 с.
10. Посохова С.Т. Настольная книга практического психолога. – М. : АСТ, 2008. – 671 с.
11. Раковская Н.В., Лутова Н.Б. Взаимосвязь клинических характеристик и показателей субъективной удовлетворенности лечением в стационаре больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 57–61.
12. Blenkiron P, Hammill C.A. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? // Postgrad. Med. J. – 2003. – Vol. 79. – P. 337–340.
13. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality // Arch. Pathol. Lab. Med. – 1990. – Vol. 114. – P. 115–119.
14. Janke W., Erdmann G., Kallus W. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). – Göttingen, 1985. – 97 s.
15. Millas W., de Lambert M., Naber D. The impact of subjective well-being under neuroleptic treatment on compliance and remission // Dialoges in clinical neuroscience. – 2006. – Vol. 8, N. 1. – P. 131–136.
16. Roe D., Chopra M. Beyond coping with mental illness: Toward personal growth // American Journal of Orthopsychiatry. – 2003. – Vol. 73. – P. 334–344.

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

Поступила 10.05.2016

Для цитирования. Лутова Н.Б., Раковская Н.В., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Влияние личностных параметров больных шизофренией на показатели субъективной удовлетворенности лечением в стационаре // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 113–124.

INTERRELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC INPATIENTS AND SCORES OF SUBJECTIVE SATISFACTION OF TREATMENT

Lutova N.B., Rakovskaya N.V., Sorokin M.Y., Vid V.D.

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

Abstract. There was studied an interrelation between a subjective satisfaction with hospital treatment and both personality features and coping behavior in 101 schizophrenic patients. It has been established that in the course of coping with disease patients use different coping strategies which on the whole influences their subjective satisfaction with the received treatment. Prevailing of active-productive strategies, particularly of an “attempt to control” the process tells favorably on the subjective satisfaction with treatment and on the doctor-patient relationship. The use of passive-dependent strategies influences negatively the subjective satisfaction with treatment as well as the doctor-patient relationships and satisfaction with everyday conditions at the treatment unit. A destructive coping strategy “aggression” lowers both satisfaction with doctor-patient relationships and treatment results.

Keywords: clinical psychology, psychodiagnostics, satisfaction with treatment, psychiatry, schizophrenia.

Lutova Nataliya Borisovna – Dr. Med. Sci., Chief Research, head of the Department the Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: lutova@mail.ru;

Rakovskaya Nataliya Viktorovna – Psychiatrist of the Department the Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: nvrakovskaia@yandex.ru;

Sorokin Mikhail Yur'evich – Junior Research of the Department the Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: m.sorokin@list.ru;

Vid Viktor Davydovich – Dr. Med. Sci. Prof. Chief Research of the Department of the Integrative Pharmacopsychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3), e-mail: wied@bekhterev.ru.

References

1. Aristova T.A., Petrova N.N., Shmidt E.V. Issledovanie rasstroistv volevoi sfery i smyslozhiznennykh orientatsii u bol'nykh s endogennymi psikhozami [Research of volitional disorders and life orientations in patients with endogenous psychoses]. *Reabilitologiya* [Rehabilitology] : collection of scientific works. Moskva. 2003. Pp. 496–499. (In Russ.)

2. Bogomolov A.M. Lichnostnyi adaptatsionnyi potentsial v kontekste sistemnogo analiza [Individual Adaptive Potential in the Context of System Analysis]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2008. N 1. Pp. 67–73. (In Russ.)

3. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom. Teoriya i psikhodiagnostika [Coping with stress. Theory and psychodiagnostics]. Sankt-Peterburg. 2010. Pp. 74–82. (In Russ.)

4. Kotsyubinskii A.P. [et al.]. Shizofreniya: uyazvimost' – diatez – stress – zabolevanie [Schizophrenia: vulnerability – diathesis – stress – disease]. Sankt-Peterburg. 2004. 336 p. (In Russ.)

5. Lutova N.B., Bortsov A.V., Vid V.D. Metod otsenki sub"ektivnoi udovletvorennosti psikhicheskii bol'nykh lecheniem v psikhiatricheskom statsionare [Method of evaluation of subjective satisfaction with the treatment of the mentally ill patients in a psychiatric hospital]. Sankt-Peterburg. 2007. 14 p. (In Russ.)

6. Lutova N.B., Bortsov A.V., Vid V.D. Otsenka Sub"ektivnoi udovletvorennosti bol'nogo lecheniem v psikhiatricheskom statsionare [Evaluation of patient's subjective satisfaction with treatment in a psychiatric hospital]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2007. N 1. Pp. 7–9. (In Russ.)

7. Lyubov E.B., Burygina L.A., Boyarov V.G. [et al.]. Otsenka kachestva psikhiatricheskoi pomoshchi patsientam i ikh rodstvennikam [Quality evaluation of mental health care in patients and their relatives]. *Sbornik metodicheskikh rekomendatsii i posobii dlya vrachei i drugikh spetsialistov, okazyvayushchikh psikhiatricheskuyu pomoshch'* [Collection of guidelines and manuals for doctors and other professionals involved in mental health care.]. Moskva. 2009. Pp. 403–430. (In Russ.)

8. Nazarenko G.I., Polubentseva E.I. Upravlenie kachestvom meditsinskoi pomoshchi [Health Care Quality Assurance]. Moskva. 2000. 368 p. (In Russ.)

9. Nastol'naya kniga prakticheskogo psikhologa [Handbook of Practical Psychologist]. Eds.: S.T. Posokhova, S.L. Solov'eva. Moskva ; Sankt-Peterburg. 2008. 672 p. (In Russ.)

10. Posokhova S.T. Nastol'naya kniga prakticheskogo psikhologa [Handbook of Practical Psychologist]. Moskva. 2008. 671 p. (In Russ.)

11. Rakovskaya N.V., Lutova N.B. Vzaimosvyaz' klinicheskikh kharakteristik i pokazatelei sub"ektivnoi udovletvorennosti lecheniem v stacionare bol'nykh

shizofreniei [Interrelationship between clinical characteristics and subjective satisfaction of treatment in the hospital among schizophrenic patients]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014. N 4. Pp. 57–61. (In Russ.)

12. Blenkiron P, Hammill C.A. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad. Med. J.* 2003. Vol. 79. Pp. 337–340.

13. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1990. Vol. 114. Pp. 115–119.

14. Janke W., Erdmann G., Kallus W. Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Göttingen. 1985. 97 s.

15. Millas de W., Lambert M., Naber D. The impact of subjective well-being under neuroleptic treatment on compliance and remission. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2006. Vol. 8, N. 1. Pp. 131–136.

16. Roe D., Chopra M. Beyond coping with mental illness: Toward personal growth. *American J. of Orthopsychiatry.* 2003. Vol. 73. Pp. 334–344.

Received 10.05.2016

For citing. Lutova N.B., Rakovskaya N.V., Sorokin M.Y., Vid V.D. Vlijanie lichnostnyh parametrov bol'nyh shizofreniej na pokazateli subektivnoj udovletvorenosti lecheniem v stacionare. *Vestnik psikhoterapii.* 2016. N 58. Pp. 113–124. **(In Russ)**

Lutova N.B., Rakovskaya N.V., Sorokin M.Y., Vid V.D. Interrelationship between personal characteristics of schizophrenic inpatients and scores of subjective satisfaction of treatment. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2016. N 58. Pp. 113–124.

**ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ,
ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИХ, НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
И КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОТКЛОНЕНИЙ
В РАЗВИТИИ РЕЧИ СОВРЕМЕННЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ**

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

Представлены современные проблемы этиологии речевых расстройств у детей дошкольного возраста, актуальность которых обусловлена значительным увеличением количества детей с патологиями речевой функции и наличием разнопрофильных представлений о причинах этого явления. Это затрудняет квалификацию данного явления как в плане адекватной оценки актуального психического развития, так и организации специализированного коррекционно-развивающего сопровождения современных детей с нарушениями речи. Смещение смыслового центра специального образования в сторону личностного и социального развития обуславливает потребность всестороннего изучения психологических особенностей детей с целью разработки различных аспектов психологической помощи.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, нейропсихология, психолингвистика, дошкольники, нарушение речи, anomальное развитие.

Удивительная способность ребенка к освоению такого сложного процесса как речь и такого массива знаний как язык поистине завораживает. Природа создала совершенный механизм, позволяющий ему в короткие сроки научиться управлять речевыми органами для произношения звуков в соответствии с фонетическими условиями, усвоить сотни слов, овладеть десятками грамматических форм и правилами их употребления. Причем все эти знания и навыки невероятно прочны и при благоприятном стечении обстоятельств остаются с человеком всю жизнь. Попробуйте выучить какой-нибудь язык с нуля – сколько вы потратите энергии, времени и сил, а результат все равно оставит желать лучшего, хотя у взрослого, в отличие от ребенка, сформированы речевые навыки, развиты языковые и интеллектуальные способности.

Малкова Елена Евгеньевна – д-р психол. наук доц., проф. каф. клинич. психологии, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: Helen_malkova@mail.ru:

Машнина Елена Михайловна – аспирант каф. клинич. психологии, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: elena_mashnina@mail.ru.

Речевая функция человека изучается разными специалистами с разных сторон, поскольку включена во многие формы психической деятельности человека [3, 28]. К примеру, как коммуникативное средство она может рассматриваться в рамках социальной психологии личности и общения [21, 22, 24], являясь способом получения знаний и формой их категориального выражения; речь имеет непосредственное отношение к когнитивной психологии [29, 31] как форма практической реализации языка; речь – это предмет изучения лингвистики и психолингвистики [9, 13], а изучение механизмов речи и их нарушений выводит исследователя в плоскость нейропсихологии [2, 17] и т. д. Кроме того, к настоящему времени накоплен значительный багаж психологических, психолингвистических, нейропсихологических, клинических исследований недоразвития речи в детском возрасте, однако ни одно из них само по себе не может достоверно и полно объяснить то, что происходит с речевым развитием современного ребенка, каковы механизмы его нарушений.

Следует отметить, что именно в последнее время мы все чаще наблюдаем «сбои» и «пробуксовки» в работе этого механизма. Во многих современных исследованиях отмечается, что проблема отклонений в развитии речи у детей приобретает на сегодняшний день глобальный характер. Так, согласно данным, полученным в середине XX в., распространенность, к примеру, нарушений звукопроизношения составляла не более 17 % [33]. Причем 25–30 % наблюдалось у дошкольников 5–6 лет, а 17–20 % – у школьников 7–8 лет [10].

Результаты исследования речи детей 6–7-летнего возраста психолого-педагогическим центром «Здоровье» (Санкт-Петербург), проведенного на границе XX–XXI вв. [16] выявили дефекты звукопроизношения уже у 52,5 % дошкольников, среди которых 21,5 % детей имели недостаточность словарного запаса, у 25 % оказалась несформированной функция словоизменения, а у 61,6 % – функция словообразования. Кроме того, даже простейшие формы фонематического анализа слов оказались недоступными 25 % обследованным. Показательно, что, согласно данным Министерства образования и науки России, в 2006–2008 гг. число детских садов компенсирующего вида и учреждений, имеющих группы компенсирующего назначения для детей с нарушениями речи, составляло 73 % от общего количества учреждений для детей с особыми возможностями здоровья [26]. При этом особую озабоченность вызывает отмечаемый специалистами рост числа детей, не способных самостоятельно овладеть речевой деятельностью и языком [4, 32]. В результате логопедические детские сады пере-

полнены детьми с так называемым «общим недоразвитием речи», проявляющимся в темповых задержках появления речи, недостаточности фонетической системы и трудностях в овладении языком [8, 32].

В исследованиях советских психологов [6, 15, 17] обращается внимание на то, что не только сложные, но и относительно элементарные психические процессы человека опосредованы речью, что в основе их формирования лежит именно общение. Нетрудно заметить, что в первом случае речь рассматривается в основном как цель логопедической работы, во втором – как средство формирования различных психических процессов, включая и саму речь.

Период дошкольного детства представляет особый интерес для исследования, поскольку является временем интенсивного совершенствования речевой функции: обогащается словарный запас, правильным становится произношение звуков, развивается связная речь, повышается качество ее практического употребления в общении с другими людьми, происходит развитие «языкового чутья» [25, 35]. Вместе с тем речь ребенка становится основой перестройки и прогрессивного развития психических процессов и личности в целом за счет усвоения ее обобщающей, планирующей и регулирующей функций [6, 35]. Если ребенок по каким-либо причинам лишен необходимых условий для развития речи, то наверстать упущенное впоследствии оказывается очень трудно. Неудивительно, что недоразвитие речи в этот период вызывает комплекс проблем в дальнейшем развитии ребенка.

Этиологию речевых расстройств традиционно изучают с точки зрения эволюционно-динамического подхода и принципа диалектического единства биологического и социального в процессе формирования психики. В этом аспекте развитие речевой деятельности ребенка определяется степенью зрелости его нервной системы и в значительной степени зависит от особенностей его взаимодействия с внешним миром [7, 15, 27]. Таким образом, начиная с работ М.Е. Хватцева [33], опубликованных им еще в 1930-х гг., все причины речевых нарушений принято разделять на внутренние (экзогенно-органические) и внешние (социально-психологические). К экзогенно-органическим относят воздействия, повреждающие центральную нервную систему ребенка во внутриутробном, натальном и постнатальном периоде развития (инфекции, травмы, интоксикации и др.). В то же время, значимость социального окружения для речевого онтогенеза постоянно подчеркивается большинством психологов, логопедов, онтолингвистов [11, 15, 16, 25, 31], которые указывают на поступление соответст-

вующих афферентных сигналов из внешней среды как на неперенное условие созревания функции речи. Так, социокультурный статус семьи, где дети проходят первый этап социализации, влияет не только на уровень детского речевого развития, но и в целом на специфику формирования языковой картины мира ребенка, репрезентированной в его лексике и связной речи [11]. Исследователями неоднократно подчеркивалась сложность и полиморфность этиологических факторов, вызывающих речевую патологию, а наиболее частым признавалось сочетание наследственной предрасположенности, органических или функциональных нарушений центральной нервной системы, а также негативное влияние ближайшего окружения. В свою очередь, многообразие причин и механизмов их влияния на ребенка определяет сложность изучения речевых нарушений в силу большого полиморфизма конкретных проявлений.

К примеру, по данным медико-психолого-педагогической комиссии Невского района Санкт-Петербурга (за 2014/2015 гг.) дети с «общим недоразвитием речи», поступающие в коррекционные дошкольные учреждения, представляют собой весьма неоднородную группу: в одних случаях эти состояния не включают серьезной патопсихологической симптоматики, в других – отчетливо проявляются симптомы повреждения ЦНС, причем как речевая, так и интеллектуальная недостаточность является здесь продуктом сложного взаимодействия целого ряда патогенных факторов и механизмов. Поэтому выделение из этой разнородной массы подгрупп с более единообразной структурой нарушений, выяснение их механизмов, прогноза развития является актуальным предметом исследований. В то же время, для решения этих задач именно комплексный подход, основанный на сочетании принципов системного анализа недоразвития высших психических функций, сформулированных в свое время Л.С. Выготским [6] и транслированных в нейропсихологической теории синдромного и факторного анализа нарушения высших психических функций, разработанной А.Р. Лурия [17], представляется наиболее продуктивным. В частности, использование для этих целей нейропсихологического подхода предоставит возможность «расчлнить тот в норме единый и неделимый процесс, которым характеризуется строение речевого высказывания, и выделить составные элементы, лежащие в его основе» [18, с. 306].

Известно, что как функциональная система речь включает много афферентных и эфферентных звеньев, поэтому ее мозговая организация сложна, а нарушения речи многообразны и различны по характеру в зависимости от того, какое звено речевой системы не справляется со своими

функциями. К тому же недооценка высокой пластичности мозга может быть рассмотрена в качестве одной из причин невыясненности механизмов значительного числа обнаруживаемых в настоящее время нарушений речевой функции в детском возрасте. Далее, проблема оценки нормы развития высших психических функций на фоне признанной неравномерности их созревания в детском возрасте сопряжена с пониманием того, что у детей «норма» и «не норма» развития высших психических функций определяется прежде всего различиями в возможностях и особенностях компенсации при возникновении функциональных слабостей [2, 20]. Исходя из этого, можно предположить, что при изучении дошкольников с так называемым «общим недоразвитием речи» каждый вариант нормального или патологического развития будет отражаться в сочетаниях сформированных, формирующихся и поврежденных звеньев психических функций. Соответственно могут быть выявлены сочетания тех или иных синдромов, представляющих специфические метасиндромы отклонений в развитии отличных от свойственного для данного возрастного периода метасиндрома развития, специфика которых будет определяться сочетанием как биологических возможностей, так и социальных воздействий.

Тем не менее, несмотря на многочисленные попытки ученых объяснить причины нарастающего количества речевых нарушений у современных дошкольников, до сих пор остается загадкой, почему одни дети способны преодолеть препятствия, вызванные неврологическими нарушениями или анатомическими особенностями речевого аппарата, скажем, при овладении произношением звуков, а другие нет. Так, А.Н. Корнев [14] отмечает, что механизмы недоразвития речи у детей представляют собой наименее изученную область логопатологии. В данной проблематике он условно выделяет 2 аспекта:

1) каузальные механизмы — базовые психофизиологические предпосылки развития речевой деятельности и последствия их нарушения;

2) когнитивные и языковые механизмы нарушения формирования языковых способностей при отдельных формах недоразвития речи у детей.

Со своей стороны, мы могли бы сослаться на ряд случаев, наблюдаемых нами на практике, когда, к примеру, ребенок с короткой утолщенной подъязычной связкой, расположенной близко к кончику языка самостоятельно смог приспособиться к данной особенности речевого аппарата и произносил нормативно все звуки. В то же время, ради справедливости стоит отметить, что гораздо чаще случается так, что и при оптимально развитых функциональных предпосылках ни ребенок, ни окружающие его

взрослые не озадачиваются тем, как звучит речь, и довольствуются дефектным произношением.

По вопросам онтогенеза сенсомоторной стороны речи также имеются некоторые экспериментальные и теоретические работы [9, 13]. К примеру, хорошо известно, что основными функциональными предпосылками, создающими условия для нормального развития речи, являются: сохранность слуховой функции на периферическом и центральном уровнях, оптимальные сроки созревания слухового и слухоречевого гнозиса, центральное и периферическое иннервационное обеспечение артикуляционной моторики, а также своевременное созревание артикуляторного праксиса [7, 9, 12, 34]. Значительно слабее экспериментально исследована проблема когнитивных механизмов дизонтогенеза языковых способностей, хотя литература, посвященная изучению и обсуждению взаимосвязи когнитивного развития, интеллекта и языка в ходе развития ребенка, довольно обширна [6, 10, 28]. Проблемами соотношения мышления и речи в разное время занимались Ж. Пиаже [23], Л.С. Выготский [6], Дж. Брунер [5], А.Н. Леонтьев [15], А.М. Шахнарович [34] и мн. др. Несомненно, есть основания полагать, что становление всех основных уровней языковой системы в той или иной степени оказывается связанным с особенностями развития когнитивных функций. Однако вопросы о том, каково место когнитивных механизмов в формировании языковой компетенции и в какой степени их недостаточность может быть ответственна за отклонение в языковом развитии ребенка, до сих пор остаются не решенными.

Декларирование ведущего влияния средовых факторов на развитие речевой патологии современных детей, с нашей точки зрения, также требует экспериментального подтверждения. Так, в последнее время все чаще зарубежные исследователи публикуют работы о влиянии на развитие ребенка, в том числе и речевое, социально-экономического статуса семьи [11]. Опыт их исследований показывает, что низкий экономический статус, как правило, связан с речевыми отставаниями. Так, М.Л. Rowe [36] демонстрирует на материале анализа 47 американских семей, что в среднем в возрасте 2,6 и 3,6 года у детей из семей с низким социальным статусом наблюдается отставание в развитии словарного запаса почти на годы по сравнению с их более социально благополучными сверстниками. При этом наиболее существенными факторами влияния автор статьи считает не только уровень дохода, но и уровень образования родителей. В то же время, связь между социально-экономическим статусом семьи и особенностями усвоения языка детьми, говорящими по-русски, практически не изуче-

на. Однако эта проблема кажется особенно актуальной в современных условиях, когда наблюдается значительное расслоение общества, а современная образовательная система перестала обеспечивать его смягчение.

И еще один вопрос с нашей точки зрения заслуживает особого рассмотрения – это то, насколько современные условия становления речевой системы влияют на ее формирование и функционирование. Современные дети растут и развиваются в совершенно иной среде, чем, скажем, 15–20 лет назад [1, 19, 30]. Им уже не нужно строить домик для кукол из коробок и склеивать модели самолетов, так как яркие интерактивные с мельчайшими деталями игрушки можно купить, а их количество может быть ограничено лишь социально-экономическим статусом семьи. Такие же яркие и увлекательные программы целый день можно смотреть по телевизору, начиная с самого раннего возраста. К услугам родителей также и многочисленные аудиосказки, радио-няни, компьютерные игры и т. п. Все это так или иначе оказывает свое специфическое, на данный момент не изученное, воздействие на развивающуюся психику ребенка, включая процесс овладения речью и языком.

Таким образом, значительное увеличение количества детей с патологиями речевой функции и отсутствие четких представлений о причинах этого явления вызывают большой интерес специалистов как в плане адекватной оценки актуального психического развития, так и организации специализированного психологического сопровождения и коррекционно-развивающего обучения современных детей с нарушениями речи. В настоящее время оказание помощи детям с нарушениями речи осуществляется преимущественно логопедами, психологи лишь эпизодически могут включаться в этот процесс, хотя, как видно из всего вышесказанного, речевые проблемы большинства детей могут быть в большей степени обусловленными именно психологическими факторами.

Исходя из этого, систематизация уже имеющихся на сегодняшний день данных нужна не только для взаимодействия специалистов разного профиля, но и для эффективной работы узкого специалиста, работающего с детьми данной категории, так как он должен видеть клиническую картину в целом с лингвистическими, пато- и нейропсихологическими, включая и психопатологические ее компоненты. Ведь именно поэтому традиционное, как правило исключительно логопедическое, вмешательство, направленное на внешнюю «чистоту» речи у детей, оказывается поверхностным, воздействуя лишь на вершину айсберга и, более того, в отдельных случаях оказывается несостоятельным. Только поняв механизм овладения речью

как системой сложно взаимодействующих современных модулей, позволяющих осуществлять речевую деятельность, можно будет эффективно отлаживать «поломки».

Заключение

Представленный материал позволяет судить об актуальности изучения причин нарушения речевого развития современных детей дошкольного возраста, составляющих основной контингент коррекционно-дошкольных учреждений, в связи с задачами дифференциальной диагностики и разработки программ психологической коррекции. А применение системного подхода при анализе полученных в этих областях данных, касающихся общего предмета исследования, может позволить увидеть те общие закономерности, интеграция которых способна помочь получению более полного о нем представления, на основе которого станет возможным формулирование содержания и направлений психологической профилактики речевых нарушений у современных дошкольников.

Литература

1. Алехин А.Н., Богдановская И.М., Королева Н.Н., Проект Ю.Л. Становление знаково-смысловой регуляции поведения как фактор социализации ребенка в современном обществе // Вестн. ЮУрГУ. – Сер.: Психология, 2013. – Т. 6, № 4. – С. 38–45.
2. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 320 с.
3. Божович Л.И. Проблемы формирования личности : избр. психол. тр. / под ред. Д.И. Фельдштейна ; Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. – 3-е изд. – М. : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2001. – 349 с.
4. Большакова С.Е. Речевые нарушения и их преодоление : сб. упражнений. – М. : Сфера, 2005. – 115 с.
5. Брунер Дж. Психология познания. За пределами непосредственной информации. – М. : Прогресс, 1977. – 413 с.
6. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М. : Смысл : Эксмо, 2005. – 1136 с.
7. Галунов В.И. Структура речевого процесса // Модели речевого процесса в норме и патологии. – Л., 1980. – С. 3–14.
8. Глозман Ж.М., Емельянова Е.Н., Курдюкова С.В. К вопросу о профилактике и коррекции трудностей обучения в начальной школе // Дефектология. – 2006. – № 5. – С. 23–29.
9. Горелов И.Н. Избр. труды по психолингвистике. – М. : Лабиринт, 2003. – 320 с.
10. Гриншпун Б.М. Дислалия // Хрестоматия по логопедии / под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М., 1997. – Т. 1. – С. 66–68.

11. Данюшина Л.А. Социальная среда как значимый фактор формирования особенностей языковой картины мира ребенка // Проблемы онтолингвистики – 2013 : материалы междунар. науч. конф. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – С. 297–300.
12. Жинкин Н.И. Интеллект, язык, речь // Нарушение речи у дошкольников. – М., 1972. – С. 9–31.
13. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации. – М., 1982. – 160 с.
14. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. – СПб. : Речь, 2005. – 380 с.
15. Леонтьев А.Н. Биологическое и социальное в психике человека // Проблемы развития психики. – 4-е изд. – М., 1981. – С. 193–218.
16. Логопедия : учеб. для студентов дефектологических фак. пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой. – М.: ВЛАДОС, 2009. – 703 с.
17. Лурия А.Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 624 с.
18. Лурия А.Р. Язык и сознание. – М. : Феникс, 1998. – 416 с.
19. Малкова Е.Е. Роль этнокультуральных факторов в психологической диагностике и коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у детей и подростков // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 47–58.
20. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. – СПб. [и др.] : Питер, 2014. – 288 с.
21. Микляева Н.В. Междисциплинарный подход к развитию языковой способности у детей с нормальным и нарушенным развитием речи // Спец. образование. – 2011. – № 2. – С. 27–34.
22. Парыгин Б.Д. Социальная психология: истоки и перспективы. – СПб. : СПбГУП, 2010. – 538 с.
23. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. – М. : Римис, 2008. – 488 с.
24. Психология общения : энцикл. сл. / Богдановская И.М., Гончаров С.А., Гончарова О.М. [и др.] ; под ред. А.А. Бодалева. – М., 2011. – 599 с.
25. Развитие речи детей дошкольного возраста / В.И. Логинова, А.И. Макасов, М.И. Попова [и др.] ; под ред. Ф.А. Сохина. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Просвещение, 1984. – 220 с.
26. Распределение дошкольных образовательных учреждений по видам [Электронный ресурс]. – URL: <http://stat.edu.ru/smi/tab12.shtml>.
27. Резцова Е.Ю., Черных А.М. Современные представления о факторах риска в генезе речевых расстройств дошкольников // Новые исследования. – 2010. – Т. 1, № 23. – С. 95–115.
28. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М. [и др.] : Питер, 2015. – 718 с.
29. Слобин Д. Когнитивные предпосылки развития грамматики // Психоллингвистика / сост. А.М. Шахнарович. – М. : Прогресс, 1984. – С. 152–164.
30. Соколова М.В. Персонажи современных мультфильмов в играх и игрушках детей // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 2. – С. 68–74.
31. Ушакова Т.Н. Рождение слова: проблемы психологии речи и психоллингвистики. – М. : Ин-т психологии РАН, 2011. – 524 с.

32. Филичева Т.Б. Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. – М., 2008. – 224 с.

33. Хватцев М.Е. Логопедия : кн. для препод. и студентов высш. пед. учеб. заведений : в 2 кн. / под науч. ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. – М. : Владос, 2009. – Кн. 1. – 272 с.

34. Шахнарович А.М. К проблеме языковой способности (механизма) // Человеческий фактор в языке: язык и порождение речи. – М. : Наука, 1991. – С. 185–220.

35. Эльконин Д.Б. Детская психология. – М. : Академия, 2011. – 384 с.

36. Rowe M.L. Child-directed speech: relation to socioeconomic status, knowledge of child development and child vocabulary skill // J. of Child Language. – 2008. – N 35. – P. 185–205.

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

Поступила 11.05.2016

Для цитирования. Малкова Е.Е., Машнина Е.М. Проблема психологических, психолингвистических, нейропсихологических и клинических факторов отклонений в развитии речи современных дошкольников // Вестн. психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 125–137.

THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL, PSYCHOLINGUISTIC, NEUROPSYCHOLOGICAL AND CLINICAL FACTORS OF DEVIATIONS IN THE SPEECH DEVELOPMENT OF MODERN PRESCHOOL

Malkova E.E., Maschnina E.M.

Herzen State Pedagogical University of Russia
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11)

Elena Evgen'evna Malkova – Dr. Psychol. Sci., Prof. of the Department of Clinical Psychology and psychological care the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11), e-mail: Helen_malkova@herzen.spb.ru;

Elena Michailovna Maschnina – PhD Student of the Department of Clinical Psychology and psychological care the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48/11), e-mail: elena_mashnina@mail.ru.

Abstract. The article deals with modern problems of etiology of speech disorders in preschool children, the relevance of which is due to a significant increase in the number of children with abnormalities of speech function and the presence of divers

representations about the reasons of this phenomenon. It is difficult to qualify this phenomenon, both in terms of adequate evaluation of current mental development, and the organization of specialized remedial developmental support today's children with speech disorders. Offset semantic center of special education in the direction of personal and social development leads to the need for a comprehensive study of the psychological characteristics of children with a view to developing the various aspects of psychological help.

Keywords: medical (clinical) psychology, neuropsychology, psycholinguistics, preschool children, speech disorders, abnormal development

References

1. Alekhin A.N., Bogdanovskaya I.M., Koroleva N.N., Proekt YuL. Stanovlenie znakovo-smyslovoi regulyatsii povedeniya kak faktor sotsializatsii rebenka v sovremennom obshchestve [Formation of sign and semantic regulation of behavior as a factor of socialization of the child in modern society]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology], 2013. Vol. 6, N 4. Pp. 38–45. (In Russ.)
2. Akhutina T.V., Pylaeva N.M. Preodolenie trudnostei ucheniya: neiropsikhologicheskii podkhod [Overcoming difficulties of teaching: neuropsychological approach]. Sankt-Peterburg. 2008. 320 p. (In Russ.)
3. Bozhovich L.I. Problemy formirovaniya lichnosti [Problems of formation of the personality]. Ed. D.I. Fel'dshtein. Moskva : Voronezh. 2001. 349 p. (In Russ.)
4. Bol'shakova S.E. Rechevye narusheniya i ikh preodolenie [Speech disorders and their overcoming]. Moskva. 2005. 115 p. (In Russ.)
5. Bruner Dzh. Psikhologiya poznaniya. Za predelami neposredstvennoi informatsii [Knowledge psychology. Beyond the immediate information]. Moskva. 1977. 413 p. (In Russ.)
6. Vygotskii L.S. Psikhologiya razvitiya cheloveka [Human Development Psychology]. Moskva. 2005. 1136 p. (In Russ.)
7. Galunov V.I. Struktura rechevogo protsessa [The structure of the speech process]. *Modeli rechevogo protsessa v norme i patologii* [Models of the speech process in health and disease]. Leningrad. 1980. Pp. 3–14. (In Russ.)
8. Glozman Zh.M., Emel'yanova E.N., Kurdyukova S.V. K voprosu o profilaktike i korrektsii trudnostei obucheniya v nachal'noi shkole [On the question of the prevention and correction of learning difficulties in elementary school]. *Defektologiya* [Defectology]. 2006. N 5. Pp. 23–29. (In Russ.)
9. Gorelov I.N. Izbrannye trudy po psikholingvistike [Selected works on psycholinguistics]. Moskva. 2003. 320 p. (In Russ.)
10. Grinshpun B.M. Dislaliya [Dislalia]. *Khrestomatiya po logopedii* [Anthology of logopedics]. Eds.: L.S. Volkova, V.I. Seliverstov. Moskva. 1997. Vol. 1. Pp. 66–68. (In Russ.)
11. Danyushina L.A. Sotsial'naya sreda kak znachimyi faktor formirovaniya osobennostei yazykovoi kartiny mira rebenka [The social environment as an important factor in the formation of the child features of the language picture of the world]. *Problemy ontolingvistiki – 2013* [Problems ontolinguistics] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2013. Pp. 297–300. (In Russ.)

12. Zhinkin N.I. Intellekt, yazyk, rech' [Intelligence, language, speech]. *Narushenie rechi u doshkol'nikov* [Speech disorders in preschool children]. Moskva. 1972. Pp. 9–31. (In Russ.)
13. Zhinkin N.I. Rech' kak provodnik informatsii [Speech as information guide]. Moskva. 1982. 160 p. (In Russ.)
14. Kornev A.N. Osnovy logopatologii detskogo vozrasta: klinicheskie i psikhologicheskie aspekty [Basics of lalopathy in childhood: clinical and psychological aspects]. Sankt-Peterburg. 2005. 380 p. (In Russ.)
15. Leont'ev A.N. Biologicheskoe i sotsial'noe v psikhike cheloveka [Biological and social in the human psyche]. *Problemy razvitiya psikhiki* [Problems of development of mentality]. Moskva. 1981. Pp. 193–218. (In Russ.)
16. Logopediya [Logopedics]. Ed. L.S. Volkova. Moskva. 2009. 703 p. (In Russ.)
17. Luriya A.R. Vysshie korkovye funktsii i ikh narushenie pri lokal'nykh porazheniyakh mozga [Higher cortical functions and their violation in local brain damages]. Sankt-Peterburg. 2008. 624 p. (In Russ.)
18. Luriya A.R. Yazyk i soznanie [Language and consciousness]. Moskva. 1998. 416 p.
19. Malkova E.E. Rol' etnokul'tural'nykh faktorov v psikhologicheskoi diagnostike i korreksii emotsional'no-povedencheskikh rasstroistv u detei i podrostkov [Role of ethnocultural factors in psychological diagnosis and correction of emotional and behavioral disorders in children and adolescents]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 38. Pp. 47–58. (In Russ.)
20. Mikadze Yu.V. Neiropsikhologiya detskogo vozrasta [Childhood Neuropsychology]. Sankt-Peterburg. 2014. 288 p. (In Russ.)
21. Miklyaeva N.V. Mezhdistsiplinarnyi podkhod k razvitiyu yazykovoi sposobnosti u detei s normal'nym i narushennym razvitiem rechi [An interdisciplinary approach to the development of the language ability in children with normal and impaired speech development]. *Spetsial'noe obrazovanie* [Special education]. 2011. N 2. Pp. 27–34. (In Russ.)
22. Parygin B.D. Sotsial'naya psikhologiya: istoki i perspektivy [Social psychology: sources and prospects]. Sankt-Peterburg. 2010. 538 p. (In Russ.)
23. Piazhe Zh. Rech' i myshlenie rebenka [Speech and thinking of the child]. Moskva. 2008. 488 p. (In Russ.)
24. Psikhologiya obshcheniya [Communication psychology]. Ed. A.A. Bodalev. Moskva. 2011. 599 p. (In Russ.)
25. Razvitie rechi detei doshkol'nogo vozrasta [Development of the speech of children of preschool age]. Ed. F.A. Sokhin. Moskva, 1984. 220 p. (In Russ.)
26. Raspredelenie doshkol'nykh obrazovatel'nykh uchrezhdenii po vidam [Distribution of preschool educational institutions by types] [Electronic resource]. URL: <http://stat.edu.ru/smi/tab12.shtml>. (In Russ.)
27. Reztsova E.Yu., Chernykh A.M. Sovremennye predstavleniya o faktorakh riska v geneze rechevykh rasstroistv doshkol'nikov [Modern understanding of the risk factors in the genesis of speech disorders of preschool children]. *Novye issledovaniya* [New research]. 2010. Vol. 1, N 23. Pp. 95–115. (In Russ.)
28. Rubinshtein S.L. Osnovy obshchei psikhologii [Fundamentals of General Psychology]. Moskva. 2015. 718 p. (In Russ.)

29. Slobin D. Kognitivnye predposylki razvitiya grammatiki [Cognitive prerequisites of development of grammar]. *Psikholingvistika* [Psycholinguistics]. Ed. A.M. Shakhnarovich. Moskva. 1984. Pp. 152–164. (In Russ.)

30. Sokolova M.V. Personazhi sovremennykh mul'tfil'mov v igrakh i igrushkakh detei [Characters of modern animated films in games and toys of children]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education www.psyedu.ru]. 2011. N 2. Pp. 68–74. (In Russ.)

31. Ushakova T.N. Rozhdenie slova: Problemy psikhologii rechi i psikholingvistiki [The birth of words: Problems of psychology of speech and psycholinguistics]. Moskva. 2011. 524 p. (In Russ.)

32. Filicheva T.B. Chirkina G.V. Ustranenie obshchego nedorazvitiya rechi u detei doshkol'nogo vozrasta [Solve general underdevelopment of speech in preschool children]. Moskva. 2008. 224 p. (In Russ.)

33. Khvattsev M.E. Logopediya [Logopedics]. In 2 Vol. Eds.: R.I. Lalaeva, S.N. Shakhovskaya. Moskva. 2009 . Vol. 1. 272 p. (In Russ.)

34. Shakhnarovich A.M. K probleme yazykovoi sposobnosti (mekhanizma) [To a problem of language ability (mechanism)]. *Chelovecheskii faktor v yazyke: yazyk i porozhdenie rechi* [Human factor in language: language and generation of the speech]. Moskva. 1991. Pp. 185–220. (In Russ.)

35. El'konin D.B. Detskaya psikhologiya [Child psychology]. Moskva. 2011. 384 p. (In Russ.)

36. Rowe M.L. Child-directed speech: relation to socioeconomic status, knowledge of child development and child vocabulary skill. *J. of Child Language*. 2008. N 35. Pp. 185–205.

Received 11.05.2016

For citing. Malkova E.E., Maschnina E.M. Problema psikhologicheskikh, psikholingvisticheskikh, neiropsikhologicheskikh i klinicheskikh faktorov otklonenii v razvitiu rechi sovremennykh doshkol'nikov. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 58. Pp. 125–137. (In Russ)

Malkova E.E., Maschnina E.M. The problem of psychological, psycholinguistic, neuropsychological and clinical factors of deviations in the speech development of modern preschool. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 58. Pp. 125–137.



Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки. Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовки библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психо-

логии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России: www.arcerm.spb.ru и МИРВЧ: www.mirvch.com, а также сайте научной электронной библиотеки.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

" " "ë / ì"
" / " " 0"
3; 2227." / " " 0": / 0"
" " "480802380" "6"
" 0' "821: 6³1380" "3222" 0'
": .97" 0' 0' "335450"