

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 61 (66)

Санкт-Петербург
2017

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, 2017
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2017

**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 61 (66)

St. Petersburg
2017

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, 2017

© International Institute of Human Potential Abilities, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Еричев А.Н.

Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при шизофрении: описание клинического случая..... 7

Бибчук М.А.

Командная работа с семьей – необходимое условие организации качественной помощи душевнобольному ребенку 22

Еремеева А.А.

Организационно-методические аспекты совершенствования профилактической наркологической помощи детям и подросткам Архангельской области 32

Зиновьев С.В., Синенченко А.Г.

Клинико-эпидемио-логические и клинико-психопатологические особенности психических расстройств, ассоциированных с употреблением психоактивных веществ (по данным соматопсихиатрического отделения многопрофильного стационара) 41

Копытин А.И.

Экотерапия: теория, методология, практика 50

Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко П.П., Григорьев С.Г., Лобачев А.В.

Показатели психического здоровья военнослужащих-женщин (2003–2016 гг.) 74

Лобачев А.В., Никольская С.А., Корнилова А.А.

Айтрекинг в диагностике психических расстройств 98

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Гурьев В.С., Малкова Е.Е.

Базовые эмоции в свете системно-эволюционной теории..... 113

Панков М.Н., Соловьев А.Г., Грибанов А.В.

Изменения энергетического метаболизма головного мозга у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью при функциональном ЭЭГ-биоуправлении..... 131

Содержание журнала «Вестник психотерапии» за 2016 г. 142

Информация о журнале 146

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Erichev A.N. Application of cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: description of a clinical case study.....	7
Bebchuk M.A. Teamwork with family – a necessary condition for the organization of quality care mentally ill child.....	22
Eremeeva A.A. Organizational and methodical aspects of preventive drug treatment perfection to children and adolescents of Arkhangelsk region.....	32
Zinoviev S.V., Sinenchenko A.G. Clinical and epidemiological, clinical and psychopathological features of mental disorders associated with substance use (according somatopsychiatry department of general hospital).....	41
Kopytin A.I. Ecotherapy: theory, methodology, practice	50
Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Grigoriev S.G., Lobachev A.V. Indicators of mental health of female servicemen (2003–2016).....	74
Lobachev A.V., Nikolskaya S.A., Kornilova A.A. Eyetracking in the diagnosis of mental disorders	98

MEDICAL PSYCHOLOGY

Guriev V.S., Malkova E.E. Basic emotions in light of systemic-evolutionary theory.....	113
Pankow M.N., Soloviev A.G., Gribanov A.V. Changes in energy metabolism in children with attention deficit disorder Hyperactivity in functional EEG Biofeedback.....	131
The content of the journal «Bulletin of psychotherapy» for 2016.....	142
Information about the Journal.....	146

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 616.89

А.Н. Еричев

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

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

В имеющейся литературе имеются указания на то, что когнитивно-поведенческая психотерапия эффективна при лечении больных, страдающих шизофренией. Данный вид терапии обладает сочетанием структурированности и гибкости, способности адаптироваться к конкретному клиническому случаю. За рубежом исследователями эффективность когнитивно-поведенческой терапии при шизофрении хорошо изучена как на уровне рандомизированных контролируемых исследований, так и на уровне мета-аналитических работ. В то же время, в отечественной литературе данные об использовании когнитивно-поведенческой терапии при шизофрении почти отсутствуют. Описывается использование когнитивно-поведенческой психотерапии в ведении пациента, страдающего шизофренией, на протяжении от формирования терапевтических отношений пациента с врачом до катамнеза. Освещены как выстраивание когнитивной концептуализации и плана психотерапии в целом, так и отдельные техники, используемые в индивидуальном и групповом формате.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, когнитивно-поведенческая психотерапия, психиатрия, шизофрения.

Введение

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – теоретически обоснованная разговорная психотерапия, которая основывается на индивидуальном формулировании в процессе ее проведения проблем, истории и взглядов пациента и направлена на коррекцию его когнитивных и поведенческих изменений [10]. Аарон Бек уточнил, что при проведении этого вида психотерапии мысли и убеждения индивидуума можно «проверить» на истинность при помощи определенной системы вопросов, задаваемых в

✉Еричев Александр Николаевич – канд. мед. наук, вед. науч. сотр., С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: erichevalex@gmail.com.

рамках «сократовского диалога». В результате в проводимом диалоге через столкновение с реальностью «тестируются» убеждения больного, осуществляется их проверка на резонантность и рациональность. Например, в рамках этого диалога пациенту, убежденному в том, что за ним следят, предлагают дать рациональное обоснование его убеждению.

Об использовании КПТ при шизофрении впервые упоминается А. Беком в 1952 г. При этом А. Бек рассматривал нарратив (изложение взаимосвязанных событий, формирование понятной, согласованной личной истории опыта человека) как объяснительную конструкцию, пригодную для создания гипотез о развитии, поддержании различных проблем человека и взаимосвязях между ним и другими людьми. Очевидно, что изложение нарратива само по себе оказывает определенный терапевтический эффект, являющийся существенной частью общего восстановления пациента.

В последние годы КПТ получила в зарубежных исследованиях серьезное развитие и усовершенствование [8, 9, 11, 12, 13]. К сожалению, в отечественной литературе более разработанным вопросом является психобразование [1, 3, 4], которое может являться лишь элементом психотерапевтической программы в рамках КПТ при шизофрении, в то время как возможность использования собственно этого направления, а не отдельной и несущественной его части, упоминается лишь в единичных статьях [2, 5, 6].

Цель статьи – восполнение дефицита знаний практически ориентированными специалистами, оказывающими помощь лицам, страдающим этим психическим расстройством.

В связи с такой ситуацией в отечественной психиатрии считаем необходимым привести концептуализацию и детальное описание конкретного клинического случая использования КПТ при шизофрении.

Клинический случай

Мужчина 26 лет, Максим. Холост, живет с мамой и бабушкой. Образование высшее, по специальности «менеджмент». В период обучения в течение 1,5 мес подрабатывал разнорабочим. После окончания обучения не работал. Дебют заболевания возник в 17 лет, когда появились когнитивные нарушения, стали постепенно нарастать нарушения памяти. С 19 лет присоединились нарушения мышления, шперрунги, эпизоды звучания собственных мыслей. В возрасте 20 лет начали появляться немотивированные страхи, носившие изначально бытовое содержание, связанное со стрессовыми ситуациями (например, сдачей экзаменов), а затем расширившихся

до страхов за чью-либо жизнь, страха смерти близких и даже страха, что его какие-либо окружающие снимают на телефон. В 21 год возникли идеи виновности, греховности, к которым присоединились религиозные страхи с опасением, «что попадет в ад». В последние 3 года отмечаются разнообразные фобии вплоть до опасений овладения его душой, а также появление нестойких идей преследования.

Настоящее ухудшение возникло в течение последнего месяца, когда усилились тревога, бессонница, в связи с чем обратился за помощью к психиатру. Психиатр назначил терапию антипсихотиками и антидепрессантами, но счел изолированное использование психофармакотерапии недостаточным для адекватного лечения, поэтому мотивировал пациента на прохождение психотерапии. Максим категорически отказывался (до начала работы с психотерапевтом) от групповых форм работы, к психотерапии в индивидуальном формате отношение было настороженное.

Жалобы: на фобии, носящие обсессивный характер, но на высоте своих проявлений достигающие субпсихотической выраженности в рамках «обсессивного бреда», содержанием которого являются кратковременные убеждения о том, что «мама или бабушка умрут, если я сделаю что-то не так», или что посторонние люди запишут его на камеру и затем выложат в Интернет и таким образом высмеют, что кто-то может завладеть его душой; недифференцированную тревогу, на высоте которой появляются неприятные ощущения в различных частях тела сенестопатического характера.

Симптомы: субпсихотические идеи преследования и овладения душой; субпсихотические обсессивно-фобические переживания; сенестопатии, нарушения мышления.

Диагноз: шизофрения недифференцированная, обсессивно-тревожно-параноидный синдром.

Формирующие влияния: наследственность отягощена алкоголизмом обоих дедушек (а также, скорее всего, и отца). В 3,5 года родители окончательно развелись, с отцом до недавнего времени мало общался (общение обычно заканчивалось ссорами). Воспитанием до 12 лет преимущественно занималась прабабушка по линии матери, которая была очень религиозной. В возрасте 16–19 лет активно алкоголизировался в компании друзей, периодически вел себя нелепо. Однажды друзья засняли на камеру его нелепое поведение, потом долго шутили на этот счет.

Ситуационные проблемы: последние 2 года не работает. Проживает с мамой и бабушкой. Семья находится в неблагоприятном финансовом положении, Максим считает, что является обузой для семьи. Значительно су-

зился круг общения, ранее общался с компанией людей, употреблявших «легкие наркотики», но после прекращения алкоголизации общение с этими людьми практически исчезло. До 18 лет были кратковременные отношения с девушками (максимальная длительность 2 мес), но по мере развития заболевания сошли на нет.

Важные факторы: в целом мотивирован на прием психотерапии, но периодически отменяет лекарственные препараты, иногда – в связи с «забывчивостью», а иногда – в связи с нежеланием тратить на них деньги. К психотерапии относится негативно: «Как мне может помочь простой разговор?».

Сильные стороны: обладает устойчивой мотивацией при достижении собственных целей (несмотря на развитие заболевания, смог закончить вуз), отмечает эффект от приема психотерапии и в целом настроен на лечение.

Цели лечения: сформировать рабочие терапевтические отношения (улучшить психотерапевтическую комплайентность). Снизить самостигматизацию (считает себя ущербным, так как заболел психическим расстройством). Помочь пациенту меньше использовать избегающее поведение. Повлиять на параноидную симптоматику. Повысить самооценку (ослабить негативные глубинные убеждения о себе и сформировав реализуемый план достижения личных целей). Увеличить социальную активность.

Схемы и глубинные убеждения. Феноменологический подход: я – ущербный. Окружающие надо мной насмеваются. Мое «неправильное» поведение повредит близким.

Результаты по тесту Янга (ведущие ранние неадаптивные схемы): уязвимость, неуспешность, жесткие стандарты, недостаточность самоконтроля, негативизм.

Рабочая гипотеза: Максим с детства обладал низкой самооценкой и выраженной уязвимостью в социальных взаимодействиях. В периоды активной алкоголизации после нелепого поведения в состоянии опьянения подвергался насмешкам товарищей, а однократно даже был заснят на видеокамеру. Воспитываясь религиозной прабабушкой, усвоил связь между своим «неправильным» поведением и возможностью «наказания» высшими силами, что в последующем находит свое отражение в содержании текущей симптоматики. Вышеперечисленное оказало влияние на содержание болезненных переживаний и стойкость психопатологических переживаний. С развитием заболевания снизилась социальная адаптация и появилась самостигматизация, ухудшившая отношение к себе.

План лечения:

- 1) формирование терапевтического комплайенса;
- 2) нормализация и дестигматизация диагноза и переживаний (особенно контрастных мыслей);
- 3) использование сократовского диалога с целью проверки доказательств и формирования альтернативных убеждений;
- 4) коррекция когнитивных искажений и разработка рациональных ответов на отрицательные автоматические мысли;
- 5) использование домашних заданий, включая градуированную экспозицию к социальным ситуациям;
- 6) разработка и осуществление поведенческих экспериментов;
- 7) закрепление альтернативного восприятия событий (в том числе с использованием копинг-карточек);
- 8) использование техник осознанности для тренировки навыков концентрации и переключения внимания.

Мотивационная встреча. В контакт вступает неохотно, насторожен. В самом начале общения заявил, что не хочет заниматься психотерапией. Далее приводится диалог между Максимом (М) и психотерапевтом (П).

П. Может быть, у вас был какой-либо негативный опыт, связанный с психотерапией?

М. Негативного опыта не было, но есть два основных момента. Во-первых, я считаю, что психотерапия – это только разговор, и она не поможет. Во-вторых, мне неприятно рассказывать про свои мысли. Я верю только в лекарства.

П. Замечательно, что вы ориентированы на прием лекарств, это очень важно и перспективно для борьбы с болезнью. Но ваш лечащий доктор и я считаем, что ваше состояние требует также психотерапевтической помощи. Ведь часто болезнь психологически поддерживает сама себя. Вы хотели бы узнать больше о том, как влияет психотерапия на болезненные переживания?

М. Наверное, хотел бы, но не сейчас.

П. Хорошо, мы к этому вернемся попозже. А что вы думаете насчет мнения вашего лечащего врача? Как вы считаете, ваш врач компетентен?

М. Да, я уверен в компетентности своего врача.

П. Очень хорошо, ведь доверие специалисту крайне важно для совместной работы. Может быть, тогда мы попробуем вместе двигаться вперед?

М. Ну, давайте.

П. Теперь позвольте вернуться ко второму моменту, препятствующему психотерапевтической работе. Я бы назвал это вторым барьером. Вы сказали, что стараетесь не говорить о своем состоянии, так как это вызывает у вас негативные эмоции. Опишите, пожалуйста, подробнее, какие именно эмоции появляются и почему?

М. Да, у меня появляется выраженное чувство стыда и подавленности.

П. А чего именно вы стыдитесь?

М. Стыжусь того, что у меня есть такие мысли.

П. А как вы думаете, эти мысли скорее относятся к вам или к вашей болезни?

М. Точно болезни, они мне не нравятся.

П. А если у человека болит живот и мучает диарея, ему тоже нужно стыдиться?

М. Нет, конечно. Но у меня-то другое!

П. Болезнь другая, и проявления другие. Однако для меня как для специалиста нет разницы, болит ли зуб, живот или человеку мешают мысли, которые противоречат его представлениям о правильном.

М. Вы действительно так думаете?

П. Да, полностью уверен.

М. Но ведь другие, обычные люди, думают иначе!

П. Согласен с вами. Многие могут думать по-другому, но ведь они с такими, как у вас, болезненными состояниями не сталкивались и не могут быть компетентны в этом вопросе.

М. Согласен (кивает головой).

П. Давайте попробуем сегодня разобрать любую недавнюю ситуацию, когда бы эти мысли проявились.

М. Давайте. Эти мысли, которые неожиданно появляются у меня в голове, запускают тревогу и страх, в результате нарастает подозрительность. С одной стороны, понимаю, что это бред, но с другой стороны, когда состояние начинается – цикл запущен, не остановиться. Это может начаться в людном месте, тогда страх максимален.

П. Давайте попробуем заполнить табличку для какого-нибудь, не самого сильного, переживания.

М. А можем начать с того, что было сегодня?

П. Конечно!

Максим с помощью психотерапевта заполнил 4-столбцовую таблицу.

Ситуация	Мысли	Эмоции и их интенсивность	Поведение
Сижу в очереди к врачу	Дьявол может овладеть моей душой, если не положу телефон определенным образом	Страх – 90 %	Повторяю защитные слов
Сижу там же 5 мин спустя	У меня не должно быть таких мыслей	Стыд – 60 %	Нахожусь «в себе», не замечаю ничего вокруг

М. Теперь, кажется, все.

П. Как вы считаете, какие мысли в данном случае вам мешали сильнее и дольше?

М. Конечно, мысли про дьявола!

П. А Ваше жесткое убеждение, что у вас не должно быть подобных мыслей, вызывающее стыд?

М. Но ведь оно правильное! У человека не должно быть подобных мыслей!

П. А давайте мы его попробуем чуть-чуть перефразировать. Например, «хорошо, если у человека нет подобных мыслей». Мы с вами на следующих сессиях подробнее остановимся на разных типах мешающих вам мыслей. Сегодня приведу только один пример. Мужчину неожиданно уволили с работы, так как фирма развалилась. Он пытается найти работу в течение недели, у него это не получается, и он думает: «Я не должен быть без работы». В результате его настроение снижается еще сильнее. Он винит себя все больше и все меньше занимается поисками нового места работы. Становится подавленным, раздражительным, из-за чего отношения с женой ухудшаются «больше, чем от дефицита денег».

Другой вариант, тот же человек, но он думает так: «Да, плохо без работы, но в такую ситуацию может попасть каждый. Как я могу более эффективно искать работу (перебирает варианты и начинает их реализовывать)» и, параллельно, размышляет, «как я могу потратить образовавшееся время (помощь жене по хозяйству, спорт, чтение книги, которую давно планировал прочесть и т. д.)». Как вы считаете, какой вариант лучше и для мужчины, и для его семьи?

М. Конечно, второй.

П. Есть ли параллели с вашей ситуацией?

М. Есть, но мне кажется, что у меня все серьезнее.

П. Конечно, каждый из нас считает, что его проблемы самые серьезные. Я называю это «принципом своей рубашки, которая ближе к телу».

Но давайте мы подведем итоги нашей встречи: мы познакомились. Обсудили барьеры для психотерапии. Вы откровенно рассказали о своих мыслях и эмоциях, что вызывает мое большое уважение. Затем мы заполнили четырехстолбцовую таблицу, что можно рассматривать как пример будущей совместной работы. Хотелось бы в завершение спросить вас, как вам было во время нашего общения и каково мнение о возможности совместной работы?

М. Во время общения появлялись неприятные эмоции, когда вспоминал, но думал, что будет хуже. Насчет психотерапии – думаю, что стоит попробовать.

П. Хорошо. Удобно ли будет следующую встречу назначить на среду, в 10-15?

2-я сессия. Основной этап работы. Первая часть психотерапевтической сессии была ориентирована на более активное включение пациента в работу, направленную на определение триггеров различных ситуаций, а также эмоций и мыслей. Во время сессии в комнату для групповой терапии несколько раз заглядывали пациенты. На этом фоне Максим стал более напряжен, подозрителен. С целью работы в режиме реального времени психотерапевт обратил на это внимание и предложил обсудить актуальные переживания. Результаты обсуждения были записаны в виде таблицы. На первом этапе были сформулированы автоматические мысли, вызывающие подозрительность, а на втором – подобраны возможные альтернативные объяснения (альтернативные мысли в терминологии когнитивно-поведенческой психотерапии).

Поиск альтернативных мыслей

Ситуация	Мысли/ альтернативные мысли (АМ)	Эмоции и их интенсивность	Поведение
Во время занятия открылась дверь в кабинет психотерапии	Они услышали часть разговора про бред, будут смеяться	Тревога – 40 %	Более напряжен. Говорит тише
	АМ: услышать разговор и понять его содержание за пару секунд невозможно	Тревога – 10 %	
	АМ: в отделении лечатся люди с проблемами, я не уникален	Тревога – 20 %	

В процессе сессии обсуждались бредовые убеждения. Их иерархия была выстроена в виде пирамиды, когда более бредовые мысли надстраи-

ваются над более обоснованными. В результате эти убеждения приобретают следующий вид: «Кто мне могут негативно относиться. Кто-то захочет меня дискредитировать тем или иным способом. Люди уже этим занимаются. Могут заснять в транспорте и выложить в сеть, и это будет просмотрено многими знакомыми людьми».

Домашнее задание для пациента. Версии: откуда появилось «могут смеяться, глумиться и заснять на камеру». Действия и мысли, помогающие справиться с состоянием.

3-я сессия. В ходе сессии значительное внимание было уделено исследованию фактов личной истории, оказавших влияние на формирование болезненной симптоматики (в том числе убежденности, что больного в любой момент могут заснять на видеокамеру и выложить в Интернет). Ведущая эмоция в подобных ситуациях была идентифицирована как страх. Пациент боится, что над ним станут смеяться (и он, таким образом, опозорится). Во время сессии обсуждались механизмы формирования этого страха. С 15 лет выпивал 1-2 раза/нед. Постепенно проблемы с алкоголем нарастали. Примерно в возрасте 18 лет начал напиваться и вел себя дискредитирующе. Однажды на фоне приема значительных доз алкоголя бегал по квартире голым, был друзьями заснят в таком виде на видеокамеру (впоследствии запись была удалена), а когда Максим протрезвел – демонстрировали ему видео и потешались. «Слишком много потом друзья смеялись. Выпивал чаще, чем друзья, и они глумились надо мной, так как были трезвыми». Друзья пили сироп от кашля (видимо, с кодеином) и глумились, что они «расширяют сознание», а он «быдло, так как использует обычный алкоголь». После этого события появился страх, что друзья могут снять его нелепое поведение и выложить в Интернет. С развитием заболевания данные переживания значительно усилились и стали связываться с незнакомыми людьми, приводить к ограничительному поведению (старался избегать поездок в общественном транспорте, особенно в час пик).

В рамках сессии, используя метод направляемого открытия, терапевт помогал осознать пациенту хронологическую взаимосвязь между текущей симптоматикой (убеждения, субъективно справедливые для взаимоотношения в компании его приятелей, когда он злоупотреблял алкоголем, оказывают негативное влияние на его жизнь сейчас и не соответствуют реальности) и жизненными событиями. Вместе с пациентом обсуждалось (в стиле «сократовского диалога»), что же такого особенно интересного для окружающих есть сейчас во время его поездки в транспорте? Если воспринять за факт, что его могут снять на камеру мобильного телефона в трол-

лейбусе и выложить в Интернет, то кому будет интересна данная видеозапись? Сколько людей решат ее посмотреть? Легко ли ее будет найти? Обсуждалась вероятность события того, что его поведение может привлечь внимание окружающих. Изучались «ролики» на сетевых каналах и обращалось внимание пациента на то, что если бы было так легко поместить на них какие-либо информационные материалы, люди не вкладывали бы большие деньги в «раскрутку» роликов.

Домашнее задание: работа с дневником автоматических мыслей (упор на отслеживание подозрительности).

4-я сессия. Сессия была посвящена продолжению работы с подозрительностью. Пациент вел дневник автоматических мыслей нерегулярно, но тем не менее навык опознавания переживаний постепенно улучшался. В ходе сессии был проведен анализ дневниковых записей и сформулированы основные типы триггерных ситуаций:

- транспорт, люди смеются над ним и могут снять на телефон;
- ходит по квартире в трусах – могут увидеть соседи;
- проверка двери: закрыта или нет (была объективная ситуация, когда бабушка забыла закрыть дверь, в результате в дом зашел сосед без звонка, что вызвало у Максима испуг);
- очередь в магазине – смеются над ним.

Домашнее задание: работа над дневником автоматических мыслей, планирование и реализация поведенческого эксперимента (при поездке в транспорте не закрывать лицо капюшоном и не отворачиваться, а не спеша осмотреться вокруг, почитать телефонные записи).

5-я сессия. Поведенческий эксперимент прошел успешно, уровень подозрительности был заметно меньше ожидаемого. Помимо стандартной повестки сессии, была составлена копинг-карточка для регулярного использования.

Копинг-карточка: «Сейчас я думаю: “Дьявол овладеет моей душой, или мама умрет”. Мне страшно».

Альтернативные мысли: «Это не реально, это болезнь. “Никогда, ничего” – стандартная альтернатива. Я зря волнуюсь, мысли не могут реализоваться сами по себе».

Альтернативное поведение: посмотреть сериал. Поиграть в компьютерную игру. Изменить ритм дыхания. Пообщаться (лично или по телефону).

Самоинструирование: я смог закончить университет, справлюсь и с этим.

Домашнее задание: дополнение копинг-карточки. Пожелание переписать конечный вариант на картоне (для удобства использования). Перечитывание копинг-карточки дважды в день (по расписанию) и при возникновении болезненных переживаний.

6-я сессия. Сообщает, что стал меньше проверять, закрыта ли дверь. Раньше (2 нед назад) делал это 5–10 раз/день, сейчас не удерживается только 1–2 раз/день. Подозрительность в момент появления мыслей о том, что дверь не закрыта, оценивает в 70 %, длительность переживаний – 2 мин. Обсуждались способы совладания.

Копинг-карточку читал 2 раза, считает, что стало спокойнее. Обсуждалась возможность регулярной работы с копинг-карточкой и перспективность для улучшения настроения. Также в ходе сессии обсуждались результаты по тесту Янга, а именно – фиксация в ней следующих характеристик: уязвимость, неуспешность, жесткие стандарты, недостаточность самоконтроля, негативизм.

Пациент высказывал свои параллельные феномены. Недостаточность самоконтроля – гиперконтроль. Параллели между страхом нелепого поведения и специальным заданием для лидерских тренингов: «специально делать нелепые поступки» для увеличения толерантности к мнению окружающих.

Также внимание было уделено ритуальному поведению по переключению предметов. Наиболее частые варианты мыслей: если не переложу ручку, карандаш, не выключу свет – дьявол завладеет душой, умрет (заболеет) мама, бабушка, знакомый.

Домашнее задание: продолжение работы с копинг-карточкой. Пытаться воздерживаться от ритуалов, используя разные варианты переключения внимания и альтернативных мыслей.

10-я сессия. Динамика: отмечает существенное улучшение состояния, с копинг-карточкой работает регулярно. Происходит увеличение процента случаев, когда справляется со своей подозрительностью и не совершает перепроверок. Избегает делать домашние задания на бумаге (кроме копинг-карточки): считает, что мама может прочитать и осудить за негативные мысли про нее. «Развитие здоровой части»: стал больше читать, за последние две недели прочитал повесть Э.М. Ремарка, больше помогает по дому.

Параллельно с индивидуальной терапией пациент был включен в 4-недельную группу для тренировки навыков осознанности. В ходе групповых занятий основное внимание уделялось навыкам переключения внима-

ния с негативного на нейтральный/позитивный стимул, навыкам принятия (в том числе неприятных/болезненных симптомов), повышению количества позитивных эмоций в повседневной жизни, переключение внимания на переживание настоящего момента.

Оказалось, что развитие навыков осознанности (в том числе присутствия в текущем моменте, отсутствия автоматического реагирования, безоценочности и сострадания) способствует снижению дистресса, связанного с психозом, и может оказывать больший эффект, чем направленная фокусировка на стратегиях контроля психотических симптомов (слуховых и зрительных галлюцинаций, навязчивых мыслей) [7]. Перечисленные психотерапевтические интервенции внесли существенный вклад в восстановление пациента и серьезно упростили индивидуальную психофармакотерапию.

Катамнез – 1 год. Сохраняется позитивная динамика, проявляющаяся в совладании с болезненной симптоматикой, снижении подозрительности, улучшении социального функционирования (стал более активен в межличностном общении). Пациент пока не смог устроиться на работу, но существенно увеличил свою активность в форме помощи по дому (мытьё посуды, уборка, покупка продуктов).

Заключение

Когнитивно-поведенческая психотерапия для лиц, страдающих шизофренией, заслуживает более широкого внедрения в разных звеньях оказания помощи данной сложной группе пациентов. Этот вид терапии обладает не только доказанной эффективностью, но и сочетанием структурированности и гибкости, способности адаптироваться к конкретному клиническому случаю.

Литература

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 78–86.
2. Еричев А.Н., Могрунова А.М., Коцюбинский А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия больных с параноидным бредом // Российский психиатрический журн. – 2011. – № 4. – С. 45–50.
3. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Зуйкова Н.В. Психообразовательные программы в системе реабилитации больных эндогенными психозами : пособие для врачей. – СПб., 2004. – 26 с.
4. Семенова Н.Д., Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 4. – С. 30–39.

5. Туркингтон Д., Тай С., Браун С., Холмогорова А. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и основные техники для работы с галлюцинациями и бредом // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 1. – С. 25–32.

6. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: отечественный и зарубежный опыт // Современная терапия психических расстройств. – 2007. – № 4. – С. 14–20.

7. Chadwick P.D., Birchwood M., Trower P. Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. – Chichester : John Wiley and Sons. – 1996. – 232 p.

8. Gould R.A., Mueser K.T., Bolton E. [et al.]. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis // Schizophrenia Research. – 2001. – Vol. 48. – P. 335–342.

9. Khoury B., Lecomte T., Gaudio B.A., Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis // Schizophrenia Research. – 2013. – Vol. 150, N 1. – P. 176–184.

10. Rector N.A., Beck A.T. Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia: An empirical review // The Journal of Nervous and Mental Disease. – 2001. – Vol. 189, N 5. – P. 278–287.

11. Tai S., Turkington D. The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments // Schizophrenia Bulletin. – 2009. Vol. 35, N 5. – P. 865–873.

12. Vilardaga R., Hayes S.C., Atkins D.C. [et al.]. Comparing experiential acceptance and cognitive reappraisal as predictors of functional outcome in individuals with serious mental illness // Behav. Res. Ther. – 2013. – Vol. 51, N 8. – P. 425–433.

13. Zimmermann G., Favrod J., Trieu V.H., Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis // Schizophrenia Research. – 2005. – Vol. 77. – P. 1–9.

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

Поступила 26.01.2017

Для цитирования. Еричев А.Н. Использование когнитивно-поведенческой психотерапии при шизофрении: описание клинического случая // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 7–21.

**APPLICATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR SCHIZOPHRENIA:
DESCRIPTION OF A CLINICAL CASE STUDY**

Erichev A.N.

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

✉ Aleksandr Nikolaevich Erichev – PhD Med. Sci., Leading Research Associate, St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Bekhterev Str., 3, St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: erichevalex@gmail.com.

Abstract. There are lots of studies that shows that cognitive-behavioral therapy is effective in treatment of patients with schizophrenia. This type of therapy has a combination of structuring and flexibility, ability to adapt to a particular clinical case. At the same time, there are almost no Russian articles and data on the application of cognitive-behavioral therapy for schizophrenia. In this regard, this article describes cognitive-behavioral therapy of schizophrenic patient. It started with formation of therapeutic alliance and ended with catamnesis. In this article such items as building of cognitive conceptualization, plan of psychotherapy in general and techniques which used in individual and group format are covered.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, psychiatry, schizophrenia.

References

1. Gurovich I.Ya., Semenova N.D. Psikhosotsial'nye podkhody v praktike lecheniya i reabilitatsii shizofrenii: sovremennye tendentsii [Psychosocial approaches in treatment and rehabilitation of schizophrenia: current trends]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2007. Vol. 17, N 4. Pp. 78–86. (In Russ.)
2. Erichev A.N., Mogrunova A.M., Kotsyubinskiy A.P. Kognitivno-povedencheskaya psikhoterapiya bol'nykh s paranoidnym bredom [Cognitive-behavioral psychotherapy for patients with paranoid delusion]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. 2011. N 4. Pp. 45–50. (In Russ.)
3. Kotsyubinskiy A.P., Erichev A.N., Zuikova N.V. Psikhooobrazovatel'nye programmy v sisteme reabilitatsii bol'nykh endogennymi psikhozami [Psycho-educational programs in rehabilitation system of patients with endogenous psychoses]. Sankt-Peterburg. 2004. 26 p. (In Russ.)
4. Semenova N.D., Sal'nikova L.I. Problema obrazovaniya psikhicheskii bol'nykh [Problem of mental patients education]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 1998. Vol. 8, N 4. Pp. 30–39. (In Russ.)
5. Turkington D., Tai S., Braun S., Kholmogorova A. Kognitivno-bikheviortal'naya psikhoterapiya shizofrenii: dokazatel'stva effektivnosti i osnovnye tekhniki dlya raboty s gallyutsinatsiyami i bredom [Cognitive-behavioral psychotherapy of schizophrenia: evidence of effectiveness and basic techniques for working with hallucinations and delusion]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rassstroistv* [Contemporary Therapy of Mental Disorders]. 2011. N 1. Pp. 25–32.
6. Kholmogorova A.B., Kognitivno-bikheviortal'naya psikhoterapiya shizofrenii: otechestvennyi i zarubezhnyi opyt [Cognitive-behavioral psychotherapy of schizophrenia: domestic and foreign experience]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rassstroistv* [Contemporary Therapy of Mental Disorders]. 2007. N 4. Pp. 14–20. (In Russ.)
7. Chadwick P.D., Birchwood M., Trower P. Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia. Chichester : John Wiley and Sons. 1996. 232 p.

8. Gould R.A., Mueser K.T., Bolton E. [et al.]. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research*. 2001. Vol. 48. Pp. 335–342.

9. Khoury B., Lecomte T., Gaudio B.A., Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2013. Vol. 150, N 1. Pp. 176–184.

10. Rector N.A., Beck A.T. Cognitive Behavioral Therapy for schizophrenia: An empirical review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001. Vol. 189, N 5. Pp. 278–287.

11. Tai S., Turkington D. The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin*. 2009. Vol. 35, N 5. P. 865–873.

12. Vilardaga R., Hayes S.C., Atkins D.C. [et al.]. Comparing experiential acceptance and cognitive reappraisal as predictors of functional outcome in individuals with serious mental illness. *Behav. Res. Ther.* 2013. Vol. 51, N 8. Pp. 425–433.

13. Zimmermann G., Favrod J., Trieu V.H., Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2005. Vol. 77. Pp. 1–9.

Received 26.01.2017

For citing. Eriчев A.N. Ispol'zovanie kognitivno-povedencheskoi psikhoterapii pri shizofrenii: opisanie klinicheskogo sluchaya. *Vestnik psikhoterapii*. 2011. N 61. Pp. 7–21. (In Russ.)

Eriчев A.N. Application of cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: description of a clinical case study. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 61. Pp. 7–21.

КОМАНДНАЯ РАБОТА С СЕМЬЕЙ – НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ОРГАНИЗАЦИИ КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ДУШЕВНОБОЛЬНОМУ РЕБЕНКУ

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

Оказание комплексной помощи детям с психическими расстройствами и нарушениями поведения предполагает участие полипрофессиональной бригады/команды. Однако на практике работа в команде вызывает у специалистов (врача, психолога, социального работника, педагога) затруднения. С целью формирования новых профессиональных компетенций предлагается детальное описание техники работы в паре специалистов с различным базовым образованием. Техника ко-терапии применяется в работе с семьями, в том числе с семьями душевнобольных детей. Описаны необходимость, преимущества и ограничения использования техники, а также процедура исполнения, особенности и варианты применения. Представленная техника ко-терапии опирается на более чем 15-летний опыт супервизии и собственной работы автора с семьями. Предлагается внесение в действующие Федеральные государственные образовательные стандарты дополнений, способных расширить профессиональные компетенции в сторону сотрудничества специалистов в целях повышения качества медицинской помощи психически больным детям.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, семейная психотерапия, командная работа, профессиональная компетенция, ко-терапия, психически больной ребенок, качество медицинской помощи.

Актуальность. Основной ведомственный приказ, определяющий порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, предписывает использование полипрофессиональных бригадных форм оказания помощи на всех этапах лечебного и реабилитационного процессов [4]. В последние 20 лет опубликовано значительное количество статей, указывающих на эффективность психиатрической помощи командой/бригадой, состоящей из специалистов различных профессий (психиатр, психотерапевт, психолог, социальный работник) [1, 2]. Однако часть исследователей свидетельствует, что бригадные формы работы остаются декларативными и на практике не применяются в достаточном объеме [8].

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

Одной из возможных причин ограниченного применения в практике командных форм работы является недостаток навыков врача-психиатра и психотерапевта в сфере сотрудничества со специалистами с другим базовым образованием. Отсутствие общего понятийного аппарата и профессионального языка блокирует совместное обсуждение задач, процессов и результата в каждом конкретном случае. Существующие методические рекомендации и нормативно-правовые акты скорее определяют «кто» и «зачем» должен работать в команде [3], чем «как» и «что» делать вместе. Важно отметить, что, в отличие от подготовки врачей-педиатров и психиатров [6, 7], действующий Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности «Клиническая психология» предусматривает формирование компетенций, необходимых для сотрудничества с врачами, социальными работниками и другими специалистами [5].

Цель статьи – представить вариант работы в команде, состоящей из двух специалистов с разным базовым образованием, на примере описания техники («ко-терапия») консультирования семьи душевнобольного ребенка. Предлагаемое описание техники ко-терапии опирается на более чем 15-летний опыт супервизии и собственной работы с семьями.

Методология и методика. Ко-терапия – работа пары специалистов (врач, психолог, социальный работник, педагог) с семьей. Важно понимать, что в большинстве случаев это пара двух равных коллег (даже если они не равны по полу, возрасту, статусу, опыту), а не один – психотерапевт, а второй у него – ассистент или подмастерье. В противном случае повышается риск того, что семья больного ребенка будет пытаться вступить в коалицию с одним из специалистов, может игнорировать высказывания одного из пары или отзеркаливать в своем супружеском/родительском союзе такую же иерархию.

Необходимость и преимущества использования техники «ко-терапия»:

1) работа специалистов в паре расширяет возможности системной диагностики и диапазон системных интервенций. Дело здесь не только в том, что одна голова – хорошо, а две – лучше (а четыре глаза/уша лучше, чем два). Суть в том, что пара работающих вместе специалистов – это тоже система и, следовательно, на нее распространяются все законы системы, в частности, «целое – больше, чем сумма частей». Таким образом, важно, что работа в паре позволяет не только объединить идеи, которые есть в голове у каждого, но и способствует появлению новых идей, которые возни-

кают в ко-терапевтическом взаимодействии (и которые не возникли бы, если эти же специалисты работали бы по одному);

2) ко-терапевтическая пара в большинстве случаев «сильнее», чем один психотерапевт. В случаях с семьями с душевнобольным ребенком, тяжелыми темами, большими, сложными или энергетически «мощными» семьями работа в паре не только желательна, но иногда и единственно возможна;

3) ко-терапевтический союз дает большую возможность остаться нейтральными, например за счет маневрирования между разными ролями и позициями (активная или позиция наблюдателя) в сложной для одного из специалистов теме;

4) ко-терапия обеспечивает возможность научения семьи новым формам контакта за счет демонстрации семье другой или новой модели взаимодействия;

5) работа в паре увеличивает вероятность «подойти» членам семьи по характеристикам (внешний вид, возраст, пол, темп речи и мышления, проявления эмоциональности, образование);

6) ко-терапия позволяет специалистам получать удовольствие от работы в первую очередь за счет творческого взаимодействия, поддержки и чувства «плеча»;

7) командная работа дает каждому специалисту шанс профессионального роста не только благодаря обмену опытом, но и за счет возможности «знакомиться» с собой, так как, накопив опыт работы в разных ко-терапевтических союзах, психолог/врач/социальный работник понимает, какие собственные стороны или особенности он актуализирует в той или иной паре («С одним – лучше получается быть активным, с другим – вдумчивым; с этим коллегой – я эффективнее работаю с детско-родительскими отношениями, а с этим – с чувством беспомощности или вины у родителей больного ребенка...»);

8) работа в паре создает юридическую защищенность в случаях возможных оговоров при работе с подростками или взрослыми противоположного пола.

Ограничения применения техники. Одно из наиболее часто встречающихся затруднений на пути к командной работе в семейном консультировании заключается в том, что среди множества коллег трудно найти пару для эффективной и комфортной работы в ко-терапии. Кроме того, нередко начинающие специалисты отмечают, что сложно действовать согласованно – каждый привносит в совместную работу свои проблемы и свою

систему ценностей; часто возникает борьба за лидерство/власть/внимание. Определенные сложности создает и невербальная (неконтролируемая/неосознаваемая) экспрессия ко-терапевтов, влияющая на реакции членов семьи. Несомненно, профилактикой отмеченных трудностей служит личная психотерапия специалиста, регулярная рефлексия ко-терапевтических отношений (см. 3-й этап, описанный далее) и тренировка навыков, требуемых при применении техники. Работа в ко-терапии имеет также организационные сложности (согласование времени и финансового вопроса в случае медицинской помощи семье в рамках оказания платных услуг).

Особенности применения техники «ко-терапия»:

- в процессе ко-терапии важно, чтобы оба специалиста сотрудничали, а не мешали друг другу и процессу;

- не страшно, если профессионалы не соглашаются друг с другом и спорят на глазах у клиентов, главное – преодолеть свои разногласия, подавая членам семьи больного ребенка пример плодотворного разрешения своих конфликтов;

- ко-терапевты могут быть включенными в процесс в равной мере, а могут меняться, переходя из активной позиции в позицию наблюдателя и обратно. Позиция наблюдателя дает одному из ко-терапевтов уникальную возможность заметить и понять особенности поведения членов семьи (что особенно важно в семьях душевнобольного ребенка, имеющих часто причудливую и дисфункциональную коммуникацию);

- иногда ко-терапевт приглашается в уже текущую работу с семьей. Чаще это происходит в случаях потери нейтральности, нехватки идей или отсутствия динамики. В этом случае семья заранее предупреждается об изменении формата работы;

- формат встречи (работа вдвоем) обговаривается с семьей вначале, иногда в телефонном разговоре (при амбулаторной помощи) или сразу же при назначении семейной консультации лечащим врачом-психиатром (в случае работы в стационаре).

Процедура применения техники ко-терапии. Условно работу вдвоем, как технику, можно поделить на 3 этапа.

1-й этап (до встречи с семьей, длительность от 10 мин). На этом этапе специалисты:

- 1) выбирают ко-терапевта для работы с конкретной семьей (если иначе не назначено программой коррекции в отделении психиатрической больницы);

- 2) обсуждают друг с другом первичную информацию о семье и

предполагаемый план работы, а в случае присоединения ко-терапевта не к первой, а последующим встречам – передает сведения о проделанной к этому моменту работе;

3) информируют друг друга о своих личностных особенностях, ценностях, сложных темах и профессиональных предпочтениях;

4) согласовывают предполагаемые действия и способы взаимодействия во время консультации (например, кто стартует, а кто сопровождает выполнение семьей техники «скульптура»).

2-й этап (собственно встреча с семьей, длительность – 1 ч). На этом этапе ко-терапевты:

1) поочередно задают членам семьи вопросы, подхватывая идеи друг друга или, наоборот, действуя вразрез;

2) используют терапевтическую интервенцию «ко-терапевтический диалог». При использовании данной интервенции специалисты обсуждают между собой в присутствии семьи происходящее на сессии, давая возможность членам семьи побыть в роли наблюдателей. Ко-терапевты могут обсуждать друг с другом:

- собственные чувства и переживания;
- свои наблюдения, идеи, предположения и системную гипотезу о семье;
- возможные дальнейшие шаги и действия, включая предписание и домашнее задание.

В большинстве случаев после завершения диалога ко-терапевтов они обращаются к семье с просьбой отреагировать: «Отреагируйте/прокомментируйте/откликнитесь на то, что вы сейчас услышали».

Интервенция требует от специалистов чувства такта, умения подстроиться под «язык» семьи и понимания «как» и/или «зачем» может «ко-терапевтический диалог» продвигать членов семьи к решению их задач. Интервенция «ко-терапевтический диалог» может быть использована на каждой встрече с семьей один или несколько раз в зависимости от стратегии, которую выбрали специалисты;

3) вновь задают поочередно вопросы, конструируют обсуждение сложных тем, рассказывают истории, используют метафоры, создают зеркальное отражение настроений членов семьи, работают над «разметкой границ» и делают совместно многое другое.

Следующий пример иллюстрирует фрагмент работы ко-терапевтического союза с семьей по «разметке границ». Семья состоит из матери, дочери (13 лет) и бабушки по материнской линии. Причина обращения –

проблемы девочки в отношениях со сверстниками. Во время диагностики структурных характеристик семейной системы выявлено смещение функциональных ролей (бабушка = функциональная мать, а мать = функциональная сестра для своей дочери).

1-й ко-терапевт (бабушке): «Я прошу Вас поработать вместе со мной. В это время Ваши дочь и внучка обсудят некоторые свои проблемы с коллегой (2-м ко-терапевтом). Мы сядем здесь (показывает на два стула, стоящие поодаль), будем слушать и наблюдать, не вмешиваясь».

При попытке бабушки вмешаться в беседу 2-го ко-терапевта с мамой и дочкой, 1-й ко-терапевт каждый раз ее останавливает: «Помните, наша с Вами работа – слушать и наблюдать».

Благодаря этому приему мама, дочка и 2-й ко-терапевт смогли эффективно обсуждать предъявленную проблему. Приостановив вмешательство бабушки в отношения матери с дочерью путем союза «консультант – бабушка», ко-терапевты переструктурировали внутрисемейный треугольник, сохранили за мамой ее функцию и очертили/усилили границу между ядерной и расширенной семьей. Бабушке при этом отвели особое место в сотрудничестве с 1-м ко-терапевтом, и она не чувствовала себя исключенной из семьи.

3-й этап (после завершения консультации, длительность – от 20–30 мин до нескольких часов). В этот период ко-терапевты:

- 1) обсуждают ход встречи и ее результаты;
- 2) заполняют отчетную документацию;
- 3) строят план на следующую встречу;
- 4) рефлексуют и обсуждают ко-терапевтические отношения.

Варианты применения техники «ко-терапия». В семьях с психически больным ребенком и, в особенности, с ребенком, имеющим трудности в контакте или понимании происходящего, от ко-терапевтов нередко требуется умение разделить в «подстройке»: один в большей степени сконцентрирован на контакте с больным ребенком, другой – с остальными членами семьи. Такое разделение может быть временным или продолжительным, стабильным или гибким с поочередной сменой ко-терапевтами своих ролей. Иногда такое разделение необходимо на этапе работы с родительской и/или супружеской парой: один ко-терапевт может поддерживать одного родителя (супруга), второй – другого.

Ко-терапевтический союз с успехом может использовать парадоксальные техники: один ко-терапевт работает с семьей, способствуя изменениям в семейной системе, другой говорит о том, что время для измене-

ний еще не наступило. В дополнение к этому ко-терапевты могут помочь позитивным изменениям в семье, зеркально отражая внутрисемейные образцы поведения.

Возможно участие одного из ко-терапевтов по телефону. В этом случае специалист, работающий очно, останавливает сессию и применяет интервенцию «ко-терапевтический диалог» в телефонном режиме.

Заключение

В заключение отметим, что создание условий для формирования у врачей профессиональных компетенций в сфере командной работы является многоуровневой задачей, которая решается, с одной стороны, изменением действующих Федеральных государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования по специальности «Педиатрия» и стандартов подготовки в ординатуре по специальности «Психиатрия» с введением дополнительных знаний, умений и навыков, с другой стороны, изменением менталитета врачей, включая организаторов здравоохранения, в сторону позиции сотрудничества со специалистами, не имеющими базового медицинского образования, и, естественно, с третьей стороны, изменением внутренних нормативных актов медицинской организации в пользу командной работы для повышения эффективности и качества помощи детям с психическими расстройствами и нарушениями поведения.

Литература

1. Гурович И.Я. [и др.]. Бригадное полипрофессиональное оказание психиатрической помощи: сб. метод. рекомендаций. – М. : Медпрактика, 2011. – 284 с.
2. Корень Е.В. К разработке концептуальной модели психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 3. – С. 5–9.
3. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. – М. : Моск. НИИ психиатрии, 2006. – 54 с.
4. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения: приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 г. № 566н – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9122-prikaz-ministerstva-zdravooxraneniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-17-maya-2012-g-566>.
5. Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 030401 Клиническая психология (квалификация (степень) «специалист»): приказ Минобрнауки России от 24.12.2010 г. № 2057. – URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m2057.html.

6. Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060103 Педиатрия (квалификация (степень) «специалист»): приказ Минобрнауки России от 8.11.2010 г. № 1122. – URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m1122.html.

7. Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) : приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 г. № 1062. – URL: <http://fgosvo.ru/news/3/270>.

8. Холмогорова А.Б. Психотерапия психических расстройств: современное состояние и основные тенденции развития // Современная терапия психических расстройств. – 2006. – № 2. – С. 17–24.

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

Поступила 01.11.2016

Для цитирования. Бебчук М.А. Командная работа с семьей – необходимое условие организации качественной помощи душевнобольному ребенку// Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 22–31.

TEAMWORK WITH FAMILY – A NECESSARY CONDITION FOR THE ORGANIZATION OF QUALITY CARE MENTALLY ILL CHILD

Bebchuk M.A.

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

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

Abstract. Providing comprehensive care for children with mental disorders and behavioral disorders suggests involving of multiprofessional team. However, in practice teamwork causes difficulties among professionals (doctor, psychologist, social worker, teacher). In order to form the new professional competences a detailed description of cooperation within tandem of specialists with various basic educational background was proposed. Co-therapy technique is used in the work with the families, including ones with children with mental disorders. Necessity, benefits and limitations of the technique application as well as procedures execution, peculiarities and application options were described. Description of co-therapy technique is based on more

than 15 years of experience in supervision and own practice with families. It is assumed alteration into existing federal state educational standards which could expand the professional competence in direction of specialist's cooperation in order to improve the quality of care for children with mental disorders.

Keywords: clinical (medical) psychology, family therapy, teamwork, professional competence, co-therapy, child with mental disorder, quality of health care.

References

1. Gurovich I.Ya. [et al.]. Brigadnoe poliprofessional'noe okazanie psikhicheskoi pomoshchi [Brigade Multiprofessional psychiatric care. Guidelines collection]. Moskva. 2011. 284 p.

2. Koren' E.V. K razrabotke kontseptual'noi modeli psikhosotsial'noi reabilitatsii detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami [Development of a conceptual model of psychosocial rehabilitation for mentally disordered children and adolescents]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2011. Vol. 21, N 3. Pp. 5–9.

3. Krasnov V.N., Gurovich I.Ya., Mosolov S.N., Shmukler A.B. Standarty okazaniya pomoshchi bol'nym shizofreniei [Standards of care for patients with schizophrenia]. Moskva. 2006. 54 p.

4. Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoj pomoshchi pri psikhicheskikh rasstroistvakh i rasstroistvakh povedeniya: prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Rossijskoj Federatsii ot 17.05.2012 N 566n [On approval of the provision of medical care for mental and behavioral disorders: the order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9122-prikaz-ministerstva-zdravookhraniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-17-maya-2012-g-566>.

5. Ob utverzhdenii i vvedenii v deistvie Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego professional'nogo obrazovaniya po napravleniyu podgotovki (spetsial'nosti) 030401 Klinicheskaya psikhologiya (kvalifikatsiya (stepen') «spetsialist»): prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii ot 24.12.2010 N 2057 [On approval and enactment of the federal state educational standard of higher professional education on training (specialty) 030401 Clinical Psychology (qualification (degree) "expert"): the order of the Ministry of Education and Science of Russia]. URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m2057.html. (In Russ.)

6. Ob utverzhdenii i vvedenii v deistvie Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego professional'nogo obrazovaniya po napravleniyu podgotovki (spetsial'nosti) 060103 Pediatriya (kvalifikatsiya (stepen') «spetsialist»): prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii ot 8.11.2010 N 1122 [On approval and enactment of the federal state educational standards of higher professional education on training (specialty) 060103 Pediatrics (qualification (degree) "expert"): the order of the Ministry of Education and Science of Russia]. URL: http://www.edu.ru/db-mon/mo/Data/d_10/m1122.html. (In Russ.)

7. Ob utverzhdenii Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta vysshego obrazovaniya po spetsial'nosti 310820 Psikhiiatriya (uroven' podgotovki kadrov vysshei kvalifikatsii): prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii ot 25.08.2014 N 1062 [About ratification of Federal Education Standard of advanced

education in specialization 31.08.20 Psychiatry (level of advanced staff qualification): order of Russian Department of Education and Science]. URL: <http://fgosvo.ru/news/3/270>.

8. Kholmogorova A.B. Psikhoterapiya psikhicheskikh rasstroistv: sovremennoe sostoyanie i osnovnye tendentsii razvitiya [Psychotherapy of mental disorders: current status and major trends in development]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv* [Contemporary Therapy of Mental Disorders]. 2006. N 2. Pp. 17–24. (In Russ.)

Received 01.11.2016

For citing. Bebchuk M.A. Komandnaja rabota s sem'ej – neobhodimoe uslovie organizacii kachestvennoj pomoshhi dushevnobol'nomu rebenku. *Vestnik psikhoterapii*. 2016. N 61. Pp. 22–31. (In Russ.)

Bebchuk M.A. Teamwork with family – a necessary condition for the organization of quality care mentally ill child. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 61. Pp. 22–31.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Архангельский психоневрологический диспансер
(Россия, г. Архангельск, пр. Ломоносова, д. 271)

Обосновываются организационно-методические направления развития системы профилактики наркологических расстройств детей и подростков Архангельской области путем профессиональной поддержки специалистов с использованием информационно-коммуникационных технологий в условиях государственного приоритета здоровья детей. Цель исследования – определение осведомленности, систематизация мнений специалистов – субъектов профилактики о системе предупреждения употребления психоактивных веществ несовершеннолетними и развития наркологических расстройств; определение организационно-методических путей ее совершенствования. На основе социологического исследования посредством специально разработанного опросника выявлены основные проблемы рутинной профилактической практики и предложены пути их решения с использованием информационно-коммуникационных технологий. Результаты исследования могут быть применены для повышения эффективности работы в сфере профилактической наркологической работы.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, аддикции, профилактика, дети, подростки, информационно-коммуникационные технологии, Архангельская область.

Введение

Стратегия национальной безопасности определяет массовое распространение наркомании и алкоголизма угрозой русской нации [10]. В 2015 г. показатель распространенности наркологических расстройств среди населения России составил 1,81 %, а в Архангельской области он еще выше – 2,34 % [11]. Все больше внимания уделяется и оценке так называемых непрямых наркологических потерь, являющихся настоящим вызовом для современной медицинской науки [7].

В силу возрастных нейробиологических особенностей дети и подростки являются специфической группой наркологического риска [8, 15] Нормативно-правовая и научная базы указывают на то, что качественные

✉ Еремеева Анна Александровна – зам. гл. врача Архангельского психоневрологического диспансера (Россия, 163001, г. Архангельск, пр. Ломоносова, д. 271), e-mail: annet708@yandex.ru.

результаты профилактики возможны при продуктивном сотрудничестве специалистов разных профилей: медицинского, социального, образовательного и правоохранительного. Установлено, что в отдельных случаях взаимодействие является формальным и несистемным. Более того, ведомственная разобщенность в последние годы является предметом пристального внимания надзорных органов [1, 4, 17]. Объективной потребностью является детальное изучение мнения специалистов об организационно-методических аспектах профилактической деятельности и поиск оптимальных решений для оценки и предупреждения нарушения социально-психологической адаптации подростков с учетом региональных особенностей [9].

Цель исследования – изучение осведомленности и систематизация мнения специалистов – субъектов профилактики о системе предупреждения употребления психоактивных веществ (ПАВ) детьми и подростками, определение организационно-методических путей ее совершенствования.

Материал и методы

Провели социологическое исследование 546 специалистов органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних (специалисты – субъекты профилактики) г. Архангельска и Архангельской области – представителей таких сфер деятельности, как здравоохранение, социальная защита, образование, правоохранительные органы и органы местного самоуправления. Оценивали осведомленность об актуальных вопросах наркологической превентологии, а также мнение о путях совершенствования системы профилактики.

Исследование провели с помощью специально разработанного опросника для изучения проблем организации профилактической наркологической помощи несовершеннолетним и выявления путей ее совершенствования, включающего 14 открытых и 12 закрытых вопросов.

В ходе исследования применили непараметрический метод анализа. Открытые вопросы подвергались качественно-количественному контент-анализу, включавшему кодирование единиц текста с последующей категоризацией данных. Применяли аналитическую триангуляцию [14].

Статистический анализ произвели с использованием пакета прикладных статистических программ SPSS и WinPEPI. Данные, полученные в качественном исследовании, обрабатывали с помощью программы OpenCode. Для определения наличия взаимосвязей между категориальными качественными данными и оценки достоверности различий использо-

вали критерий χ -квадрат Пирсона. Критический уровень статистической значимости составил $p \leq 0,05$.

Результаты и их анализ

Профилактические стратегии снижают влияние факторов риска, усиливают защитные механизмы и предотвращают развитие наркологических расстройств [6, 12, 13]. Результаты анкетирования специалистов – субъектов профилактики, направленного на изучение осведомленности о факторах риска и факторах защиты, свидетельствуют о понимании проблемы употребления ПАВ как биопсихосоциального феномена. Выделялись социальные, психологические и биологические факторы риска формирования химической зависимости (88,4, 37,1 и 31,9 %, соответственно). Лидирующие позиции среди социальных факторов были отданы семейному компоненту.

Специалисты органов социальной защиты статистически чаще считали влияние микросоциального окружения подростка, в частности сверстников, ведущим фактором риска, чем представители сферы образования, здравоохранения и органов местного самоуправления ($p = 0,003$, $p = 0,001$ и $p = 0,002$ соответственно). Небольшая часть 17,7 % респондентов отдельно указывали на информационный фактор риска – дефицит информации о вреде употребления ПАВ, при этом специалисты, работающие в районах области, статистически чаще ($p < 0,05$) городских коллег высказывали мнение о том, что информационный фактор является важным формирования зависимостей у несовершеннолетних (рис.1). Сумма процентных значений ответов превышает 100 %, так как респонденты могли дать несколько вариантов ответов.

Выявление отношения респондентов к защитным факторам показало, что в целом доминирующим среди них был обозначен социальный (73,5 %) и почти в 3 раза реже – психологический (25,1 %). Ярко выраженные профессиональные различия в указанном направлении были связаны с акцентом специалистов сферы здравоохранения на важной роли психологического фактора ($p = 0,001$ и $p = 0,003$ по сравнению с представителями социальной сферы и сотрудниками правоохранительных органов соответственно), а также специалистов органов местного самоуправления ($p = 0,001$ по сравнению с представителями учреждений социальной сферы), при этом респонденты из районов Архангельской области значительно чаще городских коллег позитивно оценивали роль психологического фактора защиты ($p = 0,004$).

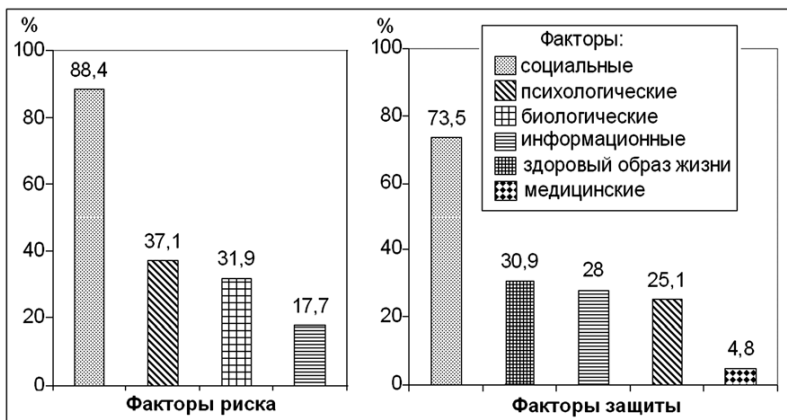


Рис. 1. Осведомленность специалистов о факторах риска и защиты формирования наркологических расстройств у детей и подростков

28 % респондентов отметили роль информационного фактора защиты как целенаправленного информирования о вреде употребления ПАВ. Информационный фактор, поставленный на 3-е место, оказался выше по важности, чем психологический, что не полностью отражает рейтинг предложенных в доступной литературе профилактических направлений [2, 5, 16].

Специалисты указали на 5 основных профилактических направлений, но их распределение оказалось неравномерным. Зарегистрирован значительный «переко» в сторону информирования как наиболее эффективной формы профилактики химической зависимости у несовершеннолетних, особенно со стороны представителей сферы здравоохранения ($p = 0,003$ по отношению к специалистам сферы образования и $p = 0,003$ – органов местного самоуправления). Вместе с тем анкетирование выявило явно недостаточное понимание важности работы с семьей, поведенческого развития социальных навыков и формирования ценностных ориентаций (рис. 2).

По мнению всех респондентов, основным информационным источником по профилактике являются средства массовой информации, в том числе Интернет (69,5 %), последнее место в ранге источников отдано обучению в вузах и на курсах повышения квалификации (35,2 %).

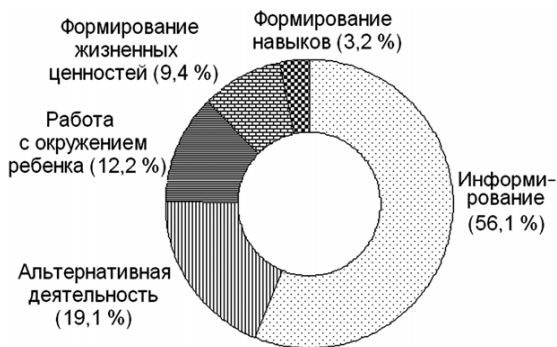


Рис. 2. Распределение направлений предотвращения наркологических расстройств среди детей и подростков специалистами

Оценка системы превентивной наркологической помощи с точки зрения специалистов – субъектов профилактики свидетельствует о проблемах рутинной профилактической практики, основными из которых являются организационные и кадровые: дефицит ресурсов, кадров, времени и знаний, в том числе о формах и методах семейной профилактической работы. Специалисты указывали на организационные проблемы, связанные с климато-географическими особенностями региона и инфраструктуры медицинской помощи: большая площадь Архангельской области (587,4 тыс. км²), низкая плотность населения (2,0 на км²), наличие труднодоступных и отделенных, в том числе островных, территорий, обилие водных преград. Перспективным при этом отмечается получение профессиональной информации посредством активного использования интерактивных коммуникативных возможностей сетевого обучения (тематические сайты, форумы, web-страницы, видеоконференции, e-mail-отсроченные консультации, on-line skype-консультации специалистов) [3].

Заключение

Специалисты – субъекты профилактики отмечают основным как рисковым, так и протективным фактором наркологических расстройств – социальным, указывая на особую значимость влияния микросоциального семейного окружения, а наиболее эффективным профилактическим направлением считают информирование. Учитывая отмеченную большую роль влияния социального окружения как фактора риска, важно развивать у подростков навыки ассертивности, коммуникации и устойчивости к со-

специальному давлению в тренинговом режиме, обучать этим методикам специалистов разных сфер.

В ходе исследования мнения специалистов о системе предупреждения употребления ПАВ несовершеннолетними доказана необходимость применения новых организационных моделей наркологической превентологии, в частности, путем создания организационной структуры для дистанционных форм помощи специалистам отдаленных территорий. Предлагается управленческая технология межведомственного профессионального объединения специалистов региона путем применения информационно-коммуникационных технологии для повышения компетентности специалистов, профессиональной поддержки, супервизии и отработки алгоритмов взаимодействия. Центральным координирующим элементом интегративного объединения специалистов является медицинская организация областного уровня, оказывающая наркологическую помощь, которая при административной поддержке властей осуществляет различные формы дистанционных коммуникаций: тематические сайты, форумы, web-страницы, видеоконференции, вебинары. e-mail-отсроченные и on-line skype-консультации. Полученные данные являются основанием для совершенствования организационно-методических направлений развития системы профилактики наркологических расстройств детей и подростков с учетом региональных особенностей.

Литература

1. Аршинова В.В. Профилактика зависимого поведения: системный подход – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 414 с.
2. Гречаный С.В. Расстройства поведения у подростков, сочетающиеся с употреблением психоактивных веществ (клинико-динамический и адаптационно-личностный аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2015. – 48 с.
3. Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. [и др.]. Организационная модель наркологической профилактики среди несовершеннолетних на основе сетевых технологий // Экология человека. – 2017. – № 1. – С. 19–24.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Проблемы распространенности болезней зависимости и основные направления совершенствования наркологической помощи в России // Вопр. наркологии. – 2013. – № 6. – С. 10–26.
5. Макаров И.В. Организация психиатрической помощи детям и подросткам // Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста : [глава в книге]. – СПб. : Наука и техника, 2013. – С. 372–382.
6. Медицинская профилактика: современные технологии : руководство / под ред. А.И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 232 с.
7. Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г. Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к ее учету в России и за рубежом // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 11 (131). – С. 60–69.

8. Надеждин А.В. Влияние возрастного фактора на клинику наркологических заболеваний / А.В. Надеждин // Наркология. – 2016. – № 5. – С. 90–99.
9. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 7 (127). – С. 40–44.
10. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации : Указ Президента Рос. Федерации от 31 декабря 2015 г. № 683. URL: <https://rg.ru/2015/12/31/nac-bezopasnost-site-dok.html>.
11. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014–2015 гг. : стат. сб. – М. : НИИ наркологии – фил. ФМИЦПН им. В.П. Сербского, 2016. – 177 с.
12. Павловская Н.И. Зарубежный опыт профилактики употребления психоактивных веществ в молодежной среде // Вопр. наркологии. – 2010. – № 3. – С. 74–84.
13. Соловьев А.Г., Новикова Г.А. Профилактика пивной зависимости у подростков в условиях образовательных учреждений // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 6-2. – С. 69–71.
14. Харьковская О.А., Холматова К.К., Кузнецов В.Н. [и др.]. Качественные исследования в медицине и общественном здравоохранении // Экология человека. – 2016. – № 12. – С. 54–59.
15. Cservenka A., Nagel B. Neuroscience of alcohol for addiction medicine: Neurobiological targets for prevention and intervention in adolescents // J. Progress in Brain Research. – 2016. – Vol. 223. – P. 215–235. DOI: 10.1016/bs.pbr.2015.07.027.
16. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action // Journal of Adolescent Health. – 2012. – N 32. – P. 597–605.
17. Sunkel Ch. Empowerment and partnership in mental health // The Lancet. – 2012. – Vol. 379, N 9812. – P. 201–202.

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

Поступила 06.02.2017

Для цитирования. Еремеева А.А. Организационно-методические аспекты совершенствования профилактической наркологической помощи детям и подросткам архангельской области // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 32–41.

**ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF PREVENTIVE
DRUG TREATMENT PERFECTION TO CHILDREN
AND ADOLESCENTS OF ARKHANGELSK REGION**

Eremeeva A.A.

Anna Aleksandrovna Ereemeeva – Deputy chief physician, Arkhangelsk Psychoneurological Dispensary (Lomonosov Ave. 271, Arkhangelsk, 163000, Russia)

Abstract. Justify the organizational and methodical directions of development of substance abuse disorders children and adolescents prevention in Arkhangelsk region through professional support for professionals using information and communication technologies in the government priority of children's health. The aim of the study was to determine the awareness, systematization of opinions of specialists involved in prevention on the system of substance use children prevention and development of substance abuse disorders; the definition of the organizational-methodical ways of its improvement. On the basis of sociological research through a specially designed questionnaire the main problems of routine preventive practices and the ways of their solutions using information and communication technologies were identified. The results of the study can be applied to improve the efficiency of work in the field of preventive drug work.

Keywords: clinical (medical) psychology, addiction, prevention, children, adolescents, information and communication technologies, Arkhangelsk region

References

1. Arshinova V.V. Profilaktika zavisimogo povedeniya : sistemnyi podkhod [Prevention of addictive behavior : a system approach]. Rostov-na-Donu. 2014. 414 p. (In Russ)
2. Grechanyi S.V. Rasstroistva povedeniya u podrostkov, sochetayushchiesya s upotrebleniem psikhoaktivnykh veshchestv (kliniko-dinamicheskii i adaptatsionno-lichnostnyi aspekty) [Conduct disorder in adolescents, combined with psychoactive substances using (clinical and dynamic, adaptational and personal aspects)] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2015. 48 p. (In Russ)
3. Ereemeeva A.A., Solov'ev A.G., Novikova I.A. [et al.]. Organizatsionnaya model' narkologicheskoi profilaktiki sredi nesovershennoletnikh na osnove setevykh tekhnologii [The organizational model of addiction prevention among minors on the basis of network technologies]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2017. N 1. Pp. 19–24. (In Russ)
4. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V. Problemy rasprostranennosti boleznei zavisimosti i osnovnye napravleniya sovershenstvovaniya narkologicheskoi pomoshchi v Rossii [The problems of drug and alcohol addiction morbidity in Russia and the main strategies for prevention of substance abuse disorders]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2013. N 6. Pp. 10–26. (In Russ)
5. Makarov I.V. Organizatsiya psikhiatricheskoi pomoshchi detyam i podrostkam [Organization of mental health care for children and adolescents]. *Klinicheskaya psikhiatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Clinical psychiatry in childhood and adolescence]. Sankt-Peterburg. 2013. Pp. 372–382. (In Russ)
6. Meditsinskaya profilaktika: sovremennye tekhnologii [Preventive medicine: modern technology : a guide]. Ed. A.I. Vyalkov. Moskva. 2009. 232 p. (In Russ)

7. Mordovsky E.A., Vyazmin A.M., Solov'ev A.G. Alkohol'-atributivnaya smertnost' i organizatsionnye podkhody k ee uchetu v Rossii i za rubezhom [Alcohol-attributive mortality and organizational approaches to its consideration in Russia and abroad]. *Narkologiya* [Narcology]. 2012. Vol. 11, N 11. Pp. 60–69. (In Russ)
8. Nadezhdin A.V. Vliyanie vozrastnogo faktora na kliniku narkologicheskikh zavoledaniy [Age factor effects on clinical features of substance abuse]. *Narkologiya* [Narcology]. 2016. N 5. Pp. 90–99. (In Russ)
9. Novikova G.A., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Otsenka narusheniya sotsial'no-psikhologicheskoi adaptatsii podrostkov vsledstvie pivnoi alkogolizatsii [Score violations of socio-psychological adaptation of adolescents by beer alcoholization]. *Narkologiya* [Narcology]. 2012. Vol. 11, N 7. Pp. 40–44. (In Russ)
10. O Strategii natsional'noi bezopasnosti Rossiiskoi Federatsii: Ukaz Prezidenta Rossiiskoi Federatsii ot 31 dekabrya 2015 g. N 683 [On the national security Strategy of the Russian Federation : the decree of the President of the Russian Federation from December 31, 2015 N 683]. URL: <https://rg.ru/2015/12/31/nac-bezopasnost-site-dok.html>. (In Russ)
11. Osnovnye pokazateli deyatelnosti narkologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2014–2015 gg. : statisticheskii sbornik [Main indicators of narcological service activity in the Russian Federation in 2014–2015 : statistical compendium]. Moskva. 2016. 177 p. (In Russ)
12. Pavlovskaya N.I. Zarubezhnyi opyt profilaktiki upotrebleniya psikhoaktivnykh veshchestv v molodezhnoi srede [Foreign experience for prevention of drug abuse among the youth]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2010. N 3. Pp. 74–84. (In Russ)
13. Solov'ev A.G., Novikova G.A. Profilaktika pivnoi zavisimosti u podrostkov v usloviyakh obrazovatel'nykh uchrezhdenii [Prevention of beer dependence in adolescents in educational institutions]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2013. N 6-2. Pp. 69–71. (In Russ)
14. Kharkova O.A., Kholmatova K.K., Kuznetsov V.N. [i dr.]. Kachestvennyye issledovaniya v meditsine i obshchestvennom zdravookhraneni [Qualitative research in medicine and public health – naberite obychnym shriftom]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2016. N 12. Pp. 54–59. (In Russ)
15. Cservenka A., Nagel B. Neuroscience of alcohol for addiction medicine: Neurobiological targets for prevention and intervention in adolescents. *J. Progress in Brain Research*. 2016. Vol. 223. Pp. 215–235. DOI: 10.1016/bs.pbr.2015.07.027.
16. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J. of Adolescent Health*. 2012. N 32. P. 597–605.
17. Sunkel Ch. Empowerment and partnership in mental health. *The Lancet*. 2012. Vol. 379, N 9812. Pp. 201–202.

Received 06.02.2017

For citing. Ereemeeva A.A. Organizatsionno-metodicheskie aspekty sovershenstvovaniya profilakticheskoi narkologicheskoi pomoshchi detyam i podrostkam Arkhangel'skoi oblasti. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 61. Pp. 32–41. (In Russ.)

Eremeeva A.A. Organizational and methodical aspects of preventive drug treatment perfection to children and adolescents of Arkhangelsk region. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 61. Pp. 32–41.

УДК 159.9 : 616.89

С.В. Зиновьев, А.Г. Сипенченко

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПО ДАННЫМ СОМАТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА)

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
(Россия, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3)

Изучены психические расстройства, сочетающиеся с регулярным употреблением психоактивных веществ, у 100 пациентов, поступивших на соматопсихиатрическое отделение крупного многопрофильного стационара. Цель исследования – выявление особенностей социально-демографических и клинико-психопатологических характеристик у психически больных с верифицированным сопутствующим наркологическим диагнозом. Использовались клинико-эпидемиологический и клинико-психопатологический методы исследования. Показано, что среди изученных больных преобладали лица, страдающие зависимостью от алкоголя. Причинами поступления обычно являлись осложнения регулярной алкоголизации, суицидные попытки и острые отравления. Показана целесообразность создания и функционирования соматопсихиатрических отделений в составе многопрофильных стационаров, что улучшает качество оказываемой помощи и создает предпосылки для успешного амбулаторного лечения.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психиатрия, скорая помощь, аддикция, психоактивное вещество, психиатрическое отделение, психическое расстройство, многопрофильный стационар.

✉ Зиновьев Сергей Владимирович – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Науч.-исслед. ин-та скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Россия, Санкт-Петербург, Будапештская ул., 3), e-mail: sergezinoviev@yandex.ru;

Сипенченко Андрей Георгиевич – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. Науч.-исслед. ин-та скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Россия, Санкт-Петербург, Будапештская ул., 3), e-mail: andreysin2013@yandex.ru.

Введение

По данным литературных источников, количество распространенности употребления различных психоактивных веществ (ПАВ) среди психически больных в последние десятилетия значительно возросло [2, 3, 9]. В первую очередь это касается регулярного употребления алкоголя как самого доступного и распространенного в большинстве стран ПАВ [4, 8, 10].

Цель исследования – выявить особенности социально-демографических и клинико-психопатологических характеристик у психически больных с верифицированным сопутствующим наркологическим диагнозом, получавших медицинскую помощь в многопрофильном стационаре скорой помощи с соматопсихиатрическим отделением (СПО). Для этого были поставлены задачи:

- 1) оценить социально-демографический состав данной группы больных;
- 2) проанализировать их клинико-психопатологическую картину, особенности аддиктивной и сопутствующей соматической патологии;
- 3) установить основные причины госпитализации этой категории больных в СПО;
- 4) оценить сроки пребывания больных в СПО и их последующую маршрутизацию.

Материал и методы

Обследовали сплошным методом 100 психически больных с сопутствующей аддиктивной патологией, поступивших на лечение в соматопсихиатрическое отделение многопрофильного стационара скорой помощи. Мужчин было – 58, женщин – 42. Возраст пациентов составил от 19 до 86 лет, в среднем – $(41,1 \pm 6,4)$ года.

Клинико-эпидемиологический метод включал анализ историй болезни с внесением полученных данных в формализованные карты, уточнение фактов анамнеза у пациентов и их представителей.

Клинико-психопатологический метод представлял структурированное клиническое интервью. У 20 больных было проведено экспериментально-психологическое исследование доминирующего типа личности с помощью опросника Леонгарда–Шмишека. Для определения наличия аддиктивной патологии использовали стандартизированную шкалу обследования потребителя психоактивных веществ [1].

Математическую обработку данных исследования провели с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки

данных Statistica 6.0 for Windows с определением числовых характеристик переменных по результатам выборочного наблюдения.

Результаты и их анализ

В структуре нозологий у 73 % обследованных пациентов доминировали органические психические расстройства (F06-F09 по МКБ-10), преимущественно с непсихотическими проявлениями без грубого интеллектуального дефекта. Расстройства шизофренического спектра (F20-F29 по МКБ-10) и невротического круга (F40-F48 по МКБ-10) составили по 10 % наблюдений. У 3 больных были диагностированы депрессивные эпизоды (F32 по МКБ-10). По одному наблюдению приходилось на нервную анорексию (F50.0 по МКБ-10), расстройство личности (F60 по МКБ-10) и умственную отсталость (F70 по МКБ-10).

При оценке социального статуса обследованных было выявлено, что около половины пациентов не работали и не учились, значительное число официально были признаны инвалидами, 6 % – пенсионерами по возрасту и только 34 % имели благоприятный социальный статус (табл. 1). Следует указать на то, что на квалифицированных работах трудились 7 человек, в профессиях среднего типа (строители, рабочие, продавцы) – 16, на малоквалифицированных работах (грузчики, подсобники) – 6. Остальные 6 пациентов были учащимися вузов и средних учебных заведений.

Таблица 1
Социально-демографические особенности пациентов, прошедших лечение в СПО многопрофильного стационара скорой помощи

Социальный статус	n (%)
Не работают, не учатся	45 (45,0)
Оформлена инвалидность	15 (15,0)
Пенсионеры по возрасту	6 (6,0)
Работают, учатся	34 (34,0)
Итого	100 (100,0)

38 % пациентов отделения, регулярно употребляющие ПАВ, имели семьи. Были одинокими 29 % человек, из них 4 являлись лицами «БОМЖ». В родительских семьях проживали 27 % больных, с другими родственниками (сиблинги, дети) – 6 %. Большинство семей, в которых проживали пациенты исследуемой группы, характеризовалось дисфункциональными межличностными отношениями (отгороженность, ссоры и конфликты, дисгармоничные черты характера, употребление родственниками ПАВ).

Обращало на себя внимание, из каких районов города больные чаще поступали на СПО. Так, из 100 человек по 8 (всего 16 %) было принято из двух районов Санкт-Петербурга, чей межрайонный психоневрологический диспансер находится на значительном удалении от мест проживания большинства пациентов (в сопредельном районе), при этом прямое транспортное сообщение с диспансером затруднено. Еще 7 человек поступили из района города, на территории которого и находится сам ургентный многопрофильный стационар.

При синдромальной оценке психопатологической симптоматики установлено преобладание психопатоподобных расстройств с нарушением поведения, взрывчатостью, асоциальностью и импульсивностью (50 % пациентов), в 26 % случаев диагностировалась делириозная (экзоформная) симптоматика с дезориентировкой и массивными зрительными обманами восприятия, в 14 % ведущими явились депрессивные переживания, в 10 % – различные варианты психоорганического синдрома с видимым когнитивным снижением (табл. 2).

При рассмотрении сопутствующей аддиктивной патологии у данной группы пациентов доминировало регулярное употребление алкоголя с синдромально оформленной зависимостью (87 %) и полисубстантное употребление нескольких ПАВ (13 %). То есть подтвердилось утверждение, что употребление веществ из группы наркотиков для психически больных нетипично [3]. В 71 % случаев регулярное употребление ПАВ начиналось в возрасте 20 лет и ранее.

В структуре сопутствующей соматической патологии доминировали острые отравления (в том числе и ПАВ) с развитием токсической энцефалопатии (36 %) и закрытые черепно-мозговые травмы (19 %). Судорожный синдром был описан в 6 наблюдениях. Гепатит С, ВИЧ и острый панкреатит диагностировались в совокупности соматической патологии значительно реже (5, 4 и 4 % соответственно) (см. табл. 2)

Необходимо отметить, что из 100 пациентов только 19 человек на момент поступления наблюдались амбулаторной психиатрической службой и 3 состояли на учете в районных наркологических кабинетах. Проходили в течение жизни лечение в психиатрических, наркологических больницах (в том числе и в ПСО) 23 % обследованных. Лечились и наблюдались частным образом 6 человек.

Таблица 2

Нозологический состав патологии у пациентов, прошедших лечение
в СПО многопрофильного стационара скорой помощи

Нозология	n (%)
Доминирующая психопатологическая симптоматика	
Психопатоподобные расстройства с нарушениями поведения	50 (50,0)
Делириозная (экзоформная) симптоматика с дезориентировкой и массивными зрительными обманами	26 (26,0)
Депрессивные переживания в структуре психопатологической симптоматики	14 (14,0)
Различные варианты психоорганического синдрома с видимым когнитивным снижением	10 (10,0)
Всего	100 (100,0)
Сопутствующая аддиктивная патология	
Регулярное употребление алкоголя	87 (87,0)
из них:	
– синдромально оформленная зависимость от алкоголя	68 (78,1)
– эпизодическое употребление алкоголя с вредными последствиями	19 (21,9)
Полисубстантное употребление нескольких ПАВ	13 (13,0)
из них:	
– с синдромально оформленной зависимостью от наркотиков опиатной группы	5 (38,5)
– с синдромально оформленной зависимостью от каннабиноидов	3 (23,1)
– с синдромально оформленной зависимостью от седативных средств	4 (30,7)
– с синдромально оформленной зависимостью от амфетаминов	1 (7,7)
Всего	100 (100,0)
Сопутствующая соматическая патология	
Острые отравления с развитием токсической энцефалопатии	36 (36,0)
Закрытые черепно-мозговые травмы	19 (19,0)
Артериальная гипертензия	11 (11,0)
Ишемическая болезнь сердца	8 (8,0)
Судорожный синдром	6 (6,0)
Гепатит В	6 (6,0)
Гепатит С	5 (5,0)
ВИЧ	4 (4,0)
Острый панкреатит	4 (4,0)
Другие	1 (1,0)
Всего	100 (100,0)

Основными причинами поступления больных на ПСО являлись осложнения регулярной алкоголизации в виде синдрома отмены с делирием, суицидальные попытки, острые отравления (передозировка ПАВ или их

смесей). Остальные причины встречались в 16 % случаев, из них психозы (6 %), аффективные реакции в рамках расстройств адаптации и закрытые черепно-мозговые травмы (по 4 %), отказ от еды и панкреатит (по одному наблюдению) (табл. 3).

Таблица 3

Причины поступления больных в ПСО многопрофильного стационара

Причина	n (%)
Осложнения регулярной алкоголизации	46 (46,0)
Суицидальные попытки, в том числе на фоне:	23 (23,0)
– семейных конфликтов, ссор и расставаний	12 (52,2)
– психотических переживаний	4 (17,4)
– отсутствия средств к существованию	4 (17,4)
– депрессии	3 (13,0)
Острые отравления (передозировка ПАВ и их смесей)	15 (15,0)
Другие причины	16 (16,0)
Итого	100 (100,0)

В 52 % в качестве причин совершения суицидальных попыток им предшествовали семейные конфликты, ссоры и расставания, по 4 случая (17,4 %) приходилось на провокацию суицида психотическими переживаниями и отсутствием средств к существованию, 3 – на депрессию (13 %). Большинство суицидальных попыток было предпринято в состоянии интоксикации ПАВ (в основном алкоголем). Как правило, это были острые пероральные отравления с развитием комы и токсической энцефалопатии, требующие проведения реанимационных мероприятий в центре лечения острых отравлений многопрофильного стационара, после стабилизации соматического состояния пациенты переводились на СПО. В качестве средств для совершения попытки самоубийства больные были склонны использовать препараты с достаточно «узким» терапевтическим окном и выраженным действием на периферические рецепторы (клозапин, трициклические антидепрессанты, фенобарбитал) либо бензодиазепиновые транквилизаторы. Эти результаты вполне согласуются с недавними данными отечественных авторов [5, 6].

При исследовании акцентуации личности с помощью опросника Леонгарда–Шмишека у 8 (40 %) пациентов отмечался возбудимый тип, у 6 (30 %) – демонстративный, эмотивный тип – у 4 (20 %), по 1 наблюдению приходилось на гипертимный и дистимный типы.

В большинстве случаев (82 %) пациенты выписывались домой с рекомендацией наблюдения амбулаторными службами. В психиатрические больницы перевели 14 % больных, в дневные стационары при диспансерах – 2 %. В одном случае пациент был направлен в реабилитационный наркологический центр, и еще в одном – в другое отделение стационара.

Заключение

Установлено, что значительная часть поступлений психически больных, регулярно употребляющих психоактивные вещества, в соматопсихиатрическое отделение многопрофильного стационара обусловлено осложнениями систематической алкоголизации, совершением ими суицидных попыток, а также передозировкой психоактивных веществ или их смесей на фоне семейных дисфункций и/или выраженного социального снижения.

Полученные результаты, с одной стороны, могут свидетельствовать об участии алкоголя не только в патоморфозе, но, возможно, и в патогенезе конкретных случаев психических расстройств. С другой стороны, возможно, изначально более неблагоприятные социальные условия у больных с психическими расстройствами служат почвой для формирования регулярного употребления психоактивных веществ, часто – еще до развития психического заболевания. Это вновь ставит вопрос о важности первичной профилактики употребления психоактивных веществ как среди молодежи, так и среди психически больных в целом.

Литература

1. Галанкин Л.Н. Стандартизированная шкала обследования потребителя психоактивных веществ (ПАВ) // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии (материалы конф.). – СПб., 2001. – С. 237–248.
2. Добровольская А.Е. Анализ социально-демографических и клинических характеристик больных шизофренией с сопутствующей аддиктивной патологией, госпитализированных в психиатрический и многопрофильный стационары : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2013. – 26 с.
3. Егоров А.Ю., Игумнов С.А. Клиника и психология девиантного поведения. – СПб. : Речь, 2010. – 398 с.
4. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006 г. // Вопр. наркологии. – 2007. – № 6. – С. 54–55.
5. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. – СПб., 2007. – 528 с.
6. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки. – Смоленск, 2012. – 319 с.
7. Зиновьев С.В. Суицидное поведение у психически больных, регулярно употребляющих психоактивные вещества // Актуальные проблемы психиатрии,

наркологии и психологии – грани соприкосновения – междисциплинарная интеграция для поиска решений : материалы второй науч.-практ. конф. – М. : РУДН, 2015. С. 192–194.

8. Green A.I. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder // *Am. J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 149. – P. 391–393.

9. Lev-Ran S. Self-Reported Psychotic Disorders among Individuals with Substance Use Disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *Am. J. of Addiction*. – 2012. – Vol. 20. – P. 531–535.

10. Thirthalli J. Epidemiology of comorbid substance use and psychiatric disorders in Asia // *Current Opinion in Psychiatry*. – 2012. – Vol. 25. – P. 172–180.

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

Поступила 07.11.2016

Для цитирования. Зиновьев С.В., Синенченко А.Г. Клинико-эпидемиологические и клинико-психопатологические особенности психических расстройств, ассоциированных с употреблением психоактивных веществ (по данным соматопсихиатрического отделения многопрофильного стационара) // *Вестн. психотерапии*. 2017. № 61 (66). С. 41–50.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL
FEATURES OF MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH SUBSTANCE USE
(ACCORDING SOMATOPSYCHIATRY DEPARTMENT OF GENERAL HOSPITAL)**

Zinoviev S.V., Sinenchenko A.G.

St. Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine
(Budapeshtskaya Str. 3, St. Petersburg, Russia)

✉ Sergey Vladimirovich Zinoviev – PhD Med. Sci., Senior Research Associate, St. Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Budapeshtskaya Str. 3, St. Petersburg, 192242, Russia), e-mail: sergezinoviev@yandex.ru;

Andrey Georgievich Sinenchenko – PhD Med. Sci., Senior Research Associate, St. Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Budapeshtskaya Str. 3, St. Petersburg, 192242, Russia), e-mail: andreysin2013@yandex.ru.

Abstract. We studied the mental disorders associated with the regular use of psychoactive substances in 100 patients admitted to somatopsychiatric department of a large general hospital. The purpose of research – to determine the characteristics of socio-demographic and clinical characteristics of psychopathology in psychiatric patients with a verified diagnosis of concomitant drug treatment. We used clinical and epidemiological, clinical and psychopathological research methods. It is shown that among the studied patients was dominated by persons with organic mental disorders,

who are dependent on alcohol. The reasons for admission is usually a complication of regular alcohol abuse, suicidal attempts, and acute poisoning. The expediency of creation and functioning somatopsychiatric department as part of multidisciplinary hospitals to improve quality of care and creates the preconditions for a successful patient treatment.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychiatry, emergency assistance, addiction, psychoactive substances, mental disorders, psychiatric department, multidisciplinary hospital.

References

1. Galankin L.N. Standartizirovannaya shkala obsledovaniya potrebitelya psikhoaktivnykh veshchestv (PAV) [A standardized scale consumer survey of psychoactive substances (surfactants)]. Aktual'nye voprosy klinicheskoi, sotsial'noi i sudebnoi psikhiiatrii [Topical issues of clinical, social and forensic psychiatry (conference materials)]. Sankt-Peterburg. 2001. Pp. 237–248. (In Russ.)

2. Dobrovol'skaya A.E. Analiz sotsial'no-demograficheskikh i klinicheskikh kharakteristik bol'nykh shizofreniei s soputstvuyushchei addiktivnoi patologiei, gositalizirovannykh v psikhiatricheskii i mnogoprofil'nyi statsionary [Analysis of socio-demographic and clinical characteristics of patients with concomitant schizophrenia addictive disorders hospitalized in psychiatric hospital]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg 2013. 26 p. (In Russ.)

3. Egorov A.Yu., Igumnov S.A. Klinika i psikhologiya deviantnogo povedeniya [Clinic psychology of deviant behavior]. Sankt-Peterburg. 2010. 398 p. (In Russ.)

4. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V. Osnovnye tendentsii uchtennoi zabolevaemosti narkologicheskikh rasstroistv v Rossiiskoi Federatsii v 2006 g. [Major trends accounted incidence of substance abuse disorders in the Russian Federation in 2006]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2007. N 6. Pp. 54–55. (In Russ.)

5. Nechiporenko V.V., Shamrei V.K. Suitsidologiya: voprosy kliniki, diagnostiki i profilaktiki [Suicidology: clinics, diagnosis and prevention]. Sankt-Peterburg. 2007. 528 p. (In Russ.)

6. Tsygankov B.D., Vaulin S.V. Suitsidy i suitsidal'nye popytki [Suicides and suicide attempts]. Smolensk, 2012. 319 p. (In Russ.)

7. Zinov'ev S.V. Suitsidnoe povedenie u psikhicheskii bol'nykh, regul'yarno upotrebl'yayushchikh psikhoaktivnykh veshchestva [Actual problems of psychiatry, addiction and psychology - the verge of contact - interdisciplinary integration for search solutions]. *Aktual'nye problemy psikhiiatrii, narkologii i psikhologii – grani soprikosnoveniya – mezhdistsiplinarnaya integratsiya dlya poiska reshenii* [Proceedings of the second annual scientific-practical conference with international participation suicidal behavior in psychiatric patients, regular drug users]: Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 2015. Pp. 192–194. (In Russ.)

8. Green A.I. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 149. Pp. 391–393.

9. Lev-Ran S. Self-Reported Psychotic Disorders among Individuals with Substance Use Disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am. J. of Addiction*. 2012. Vol. 20. Pp. 531–535.

10. Thirthalli J. Epidemiology of comorbid substance use and psychiatric disorders in Asia. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012. Vol. 25. Pp. 172–180.

Received 07.11.2016

For citing. Zinoviev S.V., Sinenchenko A.G. Clinical and epidemiological, clinical and psychopathological features of mental disorders associated with substance use (according somatopsychiatry department of general hospital). *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 61. Pp. 41–50. (In Russ.)

Zinoviev S.V., Sinenchenko A.G. Clinical and epidemiological, clinical and psychopathological features of mental disorders associated with substance use (according somatopsychiatry department of general hospital). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2016. N 61. Pp. 41–50.

УДК 615.851 : 159.9

А.И. Копытин

ЭКОТЕРАПИЯ: ТЕОРИЯ, МЕТОДОЛОГИЯ, ПРАКТИКА

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

Дается характеристика новой научно-практической дисциплины – экотерапии, обусловленной тенденциями противодействия ухудшению экологической обстановки и более активного использования саногенного потенциала факторов природной среды. Обозначается связь экотерапии с экопсихологией. Раскрываются ее основное содержание, принципы и ключевые положения методологии экотерапии, касающиеся концепций личности, патогенных факторов и концепций терапевтического вмешательства. Дается обзор основных экотерапевтических методов, включая терапию погружением в дикую природу, садовую терапию, терапию с помощью животных, методы креативной (экспрессивной) экотерапии, или эко-арт-терапии, использующие средовую творческую активность. Приводятся данные изучения лечебно-профилактических эффектов экотерапии.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психотерапия, коррекционная психология, экотерапия, экопсихология, природа, экология.

✉ Копытин Александр Иванович – д-р мед. наук доц., каф. психотерапии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т (Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41), e-mail: alkopytin@rambler.ru

Примеч. ред. Редакция журнала не разделяет мнение автора о расширении сферы применения экотерапии.

Введение

Использование целебных факторов, связанных с взаимодействием человека с природной средой, имеет длительную историю. В последние годы оно стало осуществляться на основе новых методологических подходов и научно-практических дисциплин, таких как экопсихология, экотерапия, экология здоровья, существенное влияние на развитие которых оказывают негативные изменения в окружающей среде, обусловленные хозяйственной деятельностью человека. Связанные с этими изменениями патогенные факторы все чаще оказываются в поле зрения ученых и практиков, в том числе специалистов сферы психического здоровья. Предпринимаются также более активные действия, направленные на укрепление позитивных связей человека с природной средой как одного из факторов не только сохранения здоровья человека, но и самой среды.

Спектр лечебно-профилактических методов и форм психосоциальной помощи, основанных на взаимодействии пациентов с природной средой, расширяется. Однако они остаются плохо известными большинству специалистов, занимающихся вопросами психического здоровья. Как отмечает S. Conn, «многие психотерапевты озабочены необходимостью изменения отношений человека с миром природы и хотели бы затрагивать эту тему в их работе с клиентами, но не знают, как это можно сделать. Нас никто не учил выходить за пределы терапевтического кабинета, и как работать с проблемами экологического сознания ни в теории, ни на практике» [17, с. 163]. Актуальными задачами, обусловленными развитием данных научно-практических дисциплин и связанных с ними форм лечебно-профилактической практики являются: разработка их теории и методологии, укрепление их доказательной базы на основе проведения исследований, составление методических рекомендаций и другие.

Определение и принципы экотерапии

H. Clinebell [16] определяет экотерапию как научно-практическую дисциплину, занимающуюся лечением и профилактикой психических и соматических заболеваний на основе укрепления связей человека с природой. В качестве синонимов слова «экотерапия» иногда используются такие понятия, как «зеленая терапия» и «природоцентрированная терапия». По мнению L. Buzzell and C. Chalquist, «экотерапия включает широкий спектр доступных и экономичных оздоровительных методов, основанных на взаимодействии людей с природой и поддерживаемых все большим объемом эмпирических и экспериментальных данных» [14, с. 19]. Авторы рас-

смаатривают экотерапию как прикладную экопсихологию, предоставляющую ей веские теоретические, культурные и критические основания.

Методы экотерапии разнообразны и предполагают взаимодействие с животными (анималотерапия), активные и пассивные формы взаимодействия с природной средой (садовая терапия или садотерапия, терапия погружением в природную среду). Отдельную группу экотерапевтических методов составляют методы креативной (экспрессивной) экотерапии, использующие разные виды средовой творческой активности или привлекающие природные материалы и факторы в процессе лечебно-профилактических занятий изобразительным искусством, музыкой, танцами, театром, литературным творчеством.

По мнению L. Buzzell and C. Chalquist [14], экопсихологи и экотерапевты создают новые и на основе современной науки возрождают древние методы оздоровления, направленные на восстановление связей с природой. Особое значение придается перестройке поведенческих стереотипов, представлений и ценностных ориентаций, связанных с отношениями человека с природой. Культивируются скромность и умеренность; корректируется распорядок дня; поддерживается экологический активизм, преодоление навязчивых потребительских установок, изменение домашней и рабочей среды.

Обращая особое внимание на отношение разных направлений психотерапии к природным факторам, В. О'Нанлон [цит. по 12] характеризует «три волны» развития психотерапии. «Первая волна», по его мнению, была сфокусирована на патологии, характеризовалась восприятием психической жизни человека в отрыве от среды. Крайним выражением этой позиции может являться заявление Фрейда о том, что «природа бесконечно далека от человека. Она нас бесстрастно, жестоко и хладнокровно разрушает» [12, с. 95].

В. О'Нанлон характеризует «вторую волну» развития психотерапии как проблемно-ориентированную, обращающую внимание на средовые факторы, но связанные в основном с семьей и социальными отношениями. «Третья волна» характеризуется большим вниманием к путям решения проблем психического здоровья, различным здоровьесберегающим факторам. Экопсихология в полной мере выражает установки, характерные для «третьей волны» психотерапии. Она связана с представлением о том, что в процессе длительной биологической эволюции и дальнейшего социального развития человек сформировал механизмы саморегуляции и самолечения на основе тесного взаимодействия с природной средой и что эти механиз-

мы могут играть не только важную защитную роль, предупреждая развитие соматических и психических заболеваний, но и вносить весомый вклад в их лечение [12, с. 95].

L. Buzzell отмечает, что, занимаясь экотерапией, он обычно предлагает своим клиентам осуществить 3 инициативы [13, с. 52]:

1) сделать что-то, даже самое незначительное, чтобы защитить природную среду, с которой они связаны, например позаботиться о растениях и животных;

2) попытаться создать новые отношения с другими людьми, начиная с самых близких, с учетом экологических факторов, например больше времени проводить вместе с ними на лоне природы или работая на земле;

3) стать более открытыми для восприятия жизни в новом свете, обращая внимание не только на личное благополучие, но и на благополучие среды. Это может быть связано с пониманием того, как можно начать жить по-новому, как можно создать общество, живущее на основе экологических ценностей.

A. Burls [11] вводит понятие «современная экотерапия», обозначая им такие формы лечебно-профилактической практики, для которых характерна активная позиция людей в их отношениях со средой, определенная деятельность, предполагающая заботу о природе. A. Burls учла данные исследований терапевтических эффектов, связанных с тремя основными видами контактов с природной средой: созерцанием природных ландшафтов на картинах, фотографиях или в фильмах; пассивным пребыванием в природной среде; активным участием в деятельности, направленной на заботу о природе. Как оказалось, последний вид контактов обладает наибольшими терапевтическими возможностями. По мнению A. Burls [11], характерная для современной экотерапии активная позиция людей является не только условием повышения терапевтической эффективности, но и фактором изменения коллективного поведения.

L. Buzzell [13] также считает, что экотерапевтическая практика, связанная с заботой о здоровье и качестве жизни на основе укрепления связей человека с природой, неизбежно затрагивает отношения между людьми. Поэтому занятия экотерапией могут и должны предполагать участие пациентов в определенных формах средовой активности вместе с другими, благодаря чему ее эффекты могут усиливаться.

Идеи экопсихологии, влияющие на формирование теории и методологии экотерапии

Экопсихология основана на представлении системного подхода, рассматривая человека как часть сложных и сверхсложных систем природы и социума. Такое центральное понятие, составляющее ядро любого лечебно-профилактического метода, как понятие здоровья, по мнению D.W. Og, «является системным определением; его невозможно рассматривать в отрыве от целого... Никакой организм не может находиться долго в здоровом состоянии, находясь в нездоровой среде... Здоровье любого организма или его части предполагает здоровье составляющих его элементов и включенность в здоровую среду» [39, с. 14]. Он сетует на то, что «западная наука очень медленно двигается в сторону признания системных представлений о здоровье... хотя такие представления постепенно проникают в медицинский мейнстрим» [Там же].

Рассматривая разные патогенные факторы, экопсихология и экотерапия критично воспринимают социальную организацию западного общества и его культуру навязчивого потребления, считая, что именно эти факторы поддерживают эксплуатацию природной среды и приводят к нарастающей патологизации человека. T. Roszak предлагает признать существование «экологического бессознательного» в качестве основы психического и физического здоровья и как можно скорее преодолеть «безумное, смертоносное и навязчивое стремление создать глобальную монокультуру производства и потребления» [42, с. 70]. Нарушенные отношения человека с природной средой, поддерживаемые социальной организацией общества и его доминирующими потребительскими установками рассматриваются в экопсихологии как один из ведущих факторов снижения стрессоустойчивости и адаптационного потенциала, ухудшения здоровья, развития психических и соматических заболеваний.

По мнению L. Brown [10], вопросы, поднимаемые экопсихологией, касаются определения основ психической деятельности. Экопсихологии свойствен позитивный взгляд на природу человека, вселяющий надежду на то, что революция экологического сознания на основе укрепления позитивных связей с природной средой обитания возможна [10, с. XIV]. Экопсихология в значительной мере определяет новую политику в области охраны окружающей среды и, в то же время, новую политику в сфере охраны здоровья. Задачи сохранения здоровья населения и задачи сохранения здоровья среды оказываются взаимосвязанными. По мнению A. Burls [11], решая задачи охраны здоровья людей, экологический подход предусмат-

ривает баланс заботы о личном здоровье граждан (микроуровень) и заботы о здоровье среды обитания (макроуровень).

Важной идеей, характерной для экопсихологии и оказывающей влияние на методологию экотерапии, является представление о том, что люди способны к активному и осознанному взаимодействию со средой, в том числе в интересах своего выживания [22]. Данная идея находит свое выражение в концепции рационального человека (reasonable person model) и экспериментальной модели адаптивного оформления среды (adaptive muddling). «Используемые вместе, данные концепции и модели позволяют реализовать такие программы по работе с населением, которые раскроют заложенные в людях способности к исследованию и пониманию среды, повышению своей компетентности, исполнению ответственных ролей, необходимых для решения задачи сохранения среды и ее ресурсов» [22, с. 32].

Значимое место в экопсихологии занимает концепция средовой персонализации, с помощью которой могут быть обоснованы разные виды средовой экотерапевтической активности пациентов. Под персонализацией среды [29] понимается ее индивидуальное оформление человеком, включающее также разные действия, связанные с заботой о среде. Персонализация среды связана с проявлением индивидуальных характеристик субъектов и групп в их пространственных и временных отношениях со средой. Концепция средовой персонализации позволяет обосновать пути решения таких задач экотерапии, как средовая социализация, экологическое воспитание, коррекция нарушенных отношений личности со средой, формирование здорового Я, средовой (экологической) идентичности как одного из его аспектов, совершенствование адаптивных моделей поведения и навыков саморегуляции.

Экопсихологическая концепция личности придает значение не только отношениям человека в семье и социуме, но и с природной средой, которые рассматриваются как предпосылка формирования представлений о себе, идентичности. Выделяется такой структурный элемент Я-концепции, как эко-идентичность, которая развивается в процессе взаимодействия человека с природой и связана с переживанием и осознанием человеком своей неразрывной связи с природной средой обитания. Эко-идентичность оформляется и развивается на основе деятельности, направленной на заботу о природе (внутри и вовне) [31].

Различные формы взаимодействия с природной средой в рамках экотерапии нередко обосновываются на основе феномена биофилии («любви к живому») [50], тесно связанного с потребностью в сохранении жизни и

биологического разнообразия. Хотя биофилия имеет глубинные бессознательные, инстинктивные основы, она реализуется на основе согласованной работы всех психических функций, включая высшие психические функции и сложные, социально и культурно обусловленные поведенческие стратегии [31].

В соответствии с представлениями экопсихологии формируется концепция лечебно-профилактических воздействий. В отличие от психотерапий «первой и второй волны», представления о лечебно-восстановительных факторах, тесно связанные с фактором терапевтических отношений, дополнены представлениями о важности трехсторонних отношений между клиентом, психотерапевтом и природой, выступающей не только как объект, но и как субъект отношений. Укрепление и коррекция нарушенных отношений с природой рассматриваются как важнейшее условие повышения адаптивности и стрессоустойчивости.

Экотерапия характеризуется иным пониманием терапевтической среды. Если в традиционных психотерапевтических подходах терапевтическая среда рассматривается преимущественно как «нейтральная», устойчивая и находящаяся под внешним контролем (со стороны терапевта и социальных институтов), то в экотерапии она представляется как более открытая, живая, динамичная. Это обусловлено не только тем, что экотерапевтические практики часто реализуются на основе взаимодействия с реальной природной средой и ее представителями, но и благодаря делегированию пациентам большей ответственности.

Методы экотерапии

На сегодняшний день спектр методов экотерапии широк. Некоторые из них предполагают погружение в природную среду, определенные виды взаимодействия с растениями и животными. Экотерапевтическая практика также может предполагать работу в закрытых помещениях, однако даже при этом поддерживаются определенные виды контакта с природными формами и материалами. Разнообразие методов и форм работы обеспечивает широкие возможности для участия людей разного возраста и состояния здоровья.

Терапия погружением в природную среду (wilderness therapy / wilderness experience). Терапия погружением в природную среду как один из методов экотерапии [27, 28] берет свое начало в движении за развитие человеческого потенциала в 1960-е годы, когда некоторые представители экзистенциально-гуманистического направления в США стали практиковать

погружение в природную среду как способ раскрытия внутреннего потенциала личности. Форма проведения занятий варьируется в широком диапазоне. Как правило, предполагается более-менее длительное (1–2 нед) пребывание группы в «дикой» местности. Специалист, сопровождающий группу во время пребывания на природе, обладает специальной психологической подготовкой и навыками выживания и имеет разносторонний опыт путешествий и нахождения в разных природных ландшафтах.

Подбирается оптимальный уровень физических и психологических нагрузок для участников программы. Это имеет решающее значение для того, чтобы активизировать адаптационные возможности организма и психики, обеспечить качественные изменения восприятия среды, перестройку сознания и переход на иной уровень функционирования. При использовании данной формы терапии могут достигаться изменения, затрагивающие систему ценностей, образ жизни, самоотношение и отношение к другим людям, природной и социокультурной среде.

J. Duffrechou [23] подчеркивает важность переживания опыта психологической трансформации на основе взаимодействия с природным ландшафтом. Его исследования показывают, что природный ландшафт способен выступать в качестве формы метафорического выражения сокровенных и драматических переживаний, чувства боли, страдания и горя и, в то же время, позволяет двигаться в направлении очищения и обновления. Многие участники его экспериментов в результате взаимодействия с природным ландшафтом начинали ощущать себя после переживания потерянности словно «возвращающимися в свой дом», обретать целостность и гармонию, преодолевая внутренний конфликт.

Особые свойства дикого природного ландшафта и его способность производить исцеляющий эффект послужили основой для его осмысления как трансформационного пространства. В результате исследования воздействия дикой природной среды В. Grady [25] обозначил ее следующие четыре функции: переживание связи с чем-то более значительным, чем собственное я; ощущение умиротворения, безопасности и доверия, весьма напоминающее ранний опыт положительной привязанности и поддерживающих отношений; переживание трепета и эмоционального подъема, связанное с восприятием величия и мощи природы; ощущение свободы от социальных рамок и оценок.

Определенное сходство с терапией погружением в природную среду имеет шаманское консультирование (shamanic counseling) [26], способствующее раскрытию внутренних ресурсов приспособляемости и жизне-

стойкости. Как и терапия погружением в природную среду, шаманское консультирование «мотивирует людей к взаимодействию с природным ландшафтом, выходу за рамки привычной, городской среды обитания» [26, с. 74]. В шаманском консультировании также используется работа с воображением – «внутренние путешествия» с визуализацией природных объектов и живых существ (eco-dreaming) [46]. В процессе реального или воображаемого взаимодействия с природной средой поддерживается идентификация с животными и растениями, начинающими восприниматься в качестве своеобразных персональных или групповых тотемов.

R. Metzner характеризует ритуалы, используемые в шаманском консультировании, как «осознанные акты, предполагающие определенные продуманные действия в определенное время и в определенной среде, имеющие для клиента метафорический смысл и подчиненные определенной цели» [37, с. 257]. Выражение клиентского опыта осуществляется в ритуале главным образом через действие, а также визуальные, звуковые и иные метафоры, основой которых выступает природная среда. В экотерапии ритуалы нередко становятся средством фокусировки на природных процессах и феноменах, восприятия и переработки тех сигналов, которые поступают из внешней и внутренней среды.

Некоторые элементы практики, связанной с погружением в природную среду и с выполнением ритуальных действий используются отечественными специалистами. Так, Л.Д. Яковчик описывает их использование в психолого-педагогическом сопровождении социализации подростков. Такие формы практики способствуют выражению сложностей внутреннего мира и способны защитить хрупкую подростковую психику, гарантируя приватность и сохранение личного пространства: «Они способны помочь подросткам передать и интегрировать личный и коллективный опыт, выражаемый в виде метафорических природных образов... Опыт групповой работы психолога с девиантными подростками и обычными детьми в летнем лагере показал огромный интерес к емким, символически выражаемым архетипическим темам на основе ландшафтных практик, как правило, приобретающим в глазах подростков очень важное значение. Центральным среди тем и образов нередко становятся образы пути и препятствий, преодолеваемых героем, а также его помощников, которые нередко воспринимаются под видом природных объектов» [6, с. 115].

Садовая терапия/гарденотерапия (horticultural therapy). Наряду с анклавами дикой природы, экотерапия использует различные более доступные природные среды и территории для посадки и ухода за растениями –

парки, газоны и ботанические сады. В последние годы такие среды все более активно используются в рамках программ реабилитационной направленности в нашей стране. Так, экотерапевтические программы с детьми с расстройствами аутистического спектра и их родителями регулярно, начиная с 2012 г., проводятся на базе ботанического сада Тверского государственного университета [5].

Начиная с 2008 г. программы реабилитационной направленности, предназначенные для детей и взрослых с ограниченными возможностями физического и психического здоровья проводятся на базе Полярно-альпийского ботанического сада-института (ПАБСИ) им. Н.А. Аврорина Кольского научного центра Российской академии наук. Выпущено методическое пособие «Гарденотерапия для лиц с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 18 лет I–III групп инвалидности» [4].

В 2014–2016 гг. сотрудниками лаборатории экотерапии и образовательных программ ПАБСИ была также разработана и успешно внедрена программа дополнительного образования с коррекционными элементами «Экологическая терапия для детей в возрасте 5–7 лет с логоневрозом». Программа включает образовательные (знакомство с миром растений и животных), реабилитационные (элементы арт-, трудо-, анимало- и садовой терапии), коммуникативные (стимуляция речевой активности и социальных контактов) и коррекционные (развитие мелкой и крупной моторики, упражнения на релаксацию, дыхательные гимнастики, мимические игры и др.) элементы [2].

Использование садов и парков с лечебной целью имеет длительную историю, однако лишь в последнее время такая практика стала осуществляться на основе новых методологических подходов, таких как экотерапия. В целом в последние годы все больше внимания со стороны лечебно-профилактических учреждений обращается на то, как более эффективно использовать территории клиник – психиатрических и соматических стационаров, педиатрических учреждений, реабилитационных центров – для освоения их «зеленых зон» пациентами клиник на основе внедрения садовой терапии.

Е. Messer Diehl [36] отмечает, что разные виды терапевтических занятий в саду поддерживают чувство безопасности и способствуют формированию персонального отношения человека к природной среде. В рамках программ садовой терапии обычно предполагаются активные занятия человека в саду, связанные с посадкой растений и уходом за ними. Пассивные виды садовой терапии, связанные с пребыванием в садах и парках, со-

зерцанием ландшафтов и прогулками, также возможны. Садовая терапия оказывает разносторонне положительное воздействие. Повышается не только физическая, но и психическая активность, происходят стимуляция сенсорных и эмоциональных процессов, снятие эмоционального напряжения, преодоление чувства одиночества, активизируются познавательные процессы.

Хотя садовая терапия относится к терапии занятостью, определенные ее аспекты могут также быть использованы в рамках психотерапии, обеспечивая самораскрытие, выражение и интеграцию опыта на основе использования природных метафор, преодоление сопротивления и ригидных защит, более высокий уровень доверия и безопасности в терапевтических отношениях. Садовая терапия используется с разными группами населения – инвалидами по психическим и соматическим заболеваниям, жертвами насилия, беженцами, при аддиктивных расстройствах, с лицами, склонными к насилию, правонарушителями, пожилыми людьми, детьми с поведенческими нарушениями и нарушениями развития (в частности, расстройствами аутистического спектра), нарушениями пищевого поведения [36]. По данным катанестического исследования, представленным E. Messer Deihl [36], 74 % малолетних правонарушителей, участвовавших в программе садовой терапии, не совершали новых правонарушений. Из тех, кто не участвовал в программе, не совершали новых правонарушений только 51 %.

Показаны положительные эффекты применения садовой терапии в лечении алкоголизма и наркотической зависимости. Садовая терапия способствовала снижению уровня стресса, повышению самооценки, снижению чувство беспокойства у беженцев, стресса – у лиц с синдромом эмоционального выгорания, преодолению чувства социальной изоляции, повышению эмоциональной экспрессивности и удовольствия от жизни, поддерживало чувство коллективизма и социальные навыки у пожилых людей [36].

Обобщая данные исследований, С. Chalquist отмечает такие эффекты пассивного контакта с природной средой у пациентов, имевших возможность созерцать из окон палаты виды природы, как снижение предоперационной тревоги и сокращение послеоперационного восстановительного периода, снижение дозировок противоболевых средств. Он также пишет о том, что созерцание природы женщинами, перенесшими операцию при раке молочной железы, способствовало более быстрому восстановлению и преодолению проявлений астении [16, с. 72].

Терапевтический метод восстановления среды. Работа с природной средой – как дикой, так и культивируемой человеком – может осуществляться в рамках терапевтических программ восстановления среды (environmental restoration) [47, 49]. Получили распространение в основном групповые проекты восстановления природной среды как формы экпсихологической практики, связанной с понятием общинной экотерапии. Такие проекты направлены на поддержку природного разнообразия и экологического равновесия среды. Важное значение при этом также придается укреплению духа взаимопомощи и положительных общинных связей. Участники таких проектов «своими руками и сердцами, идентифицируясь с природным ландшафтом, учатся заботиться о природной среде и поддерживать ее благополучие... В них развиваются чувство собственного достоинства и сопричастности, терпимость к различиям, способность чувствовать среду и заботиться о ней» [46, с. 225]. Проекты восстановления природной среды «объединяют искусство и науку для того, чтобы поддерживать жизнь в ее разнообразных проявлениях и в конкретном месте. Возрождая природу, люди способствуют возрождению себя и общины». Sharigo использует такие проекты как основной вид экпсихологической практики.

М. Watkins [49] считает, что терапевтический метод восстановления среды предоставляет богатые возможности для развития способности осознавать физические, эмоциональные и ментальные отклики, связанные с пребыванием в разных средах с учетом экологических требований и потребностей субъектов. Данный автор также описывает такой экотерапевтический прием, как увековечивание мест целебного контакта с природой, во время которого восстановительные эффекты переживаются не только людьми, но и средой. М. Gomes описывает экотерапевтическую практику создания «алтарей уничтожения», которые «являются художественными формами увековечивания тех видов растений и животных, которые были истреблены в результате деятельности человека. Такие алтари позволяют людям чаще задумываться о последствиях своей деятельности и, меняя свое поведение, предупредить гибель новых видов» [24, с. 248].

Психотерапия с участием животных (анималотерапия). В настоящее время в лечебно-профилактической и реабилитационной практике используются контакты человека с разными видами животных, главным образом лошадьми, собаками, дельфинами. Помимо анималотерапии, развиваются такие виды терапевтического использования контактов с животными, как ипповенция, трансвидовая психология и психотерапия, которые связаны с изучением психологии разных видов животных и возможностей

их привлечения при лечении разных соматических и психических заболеваний, в частности связанных со стрессом, невротическими расстройствами [10].

N. DeMayo пишет, что «общение с лошадью помогает восстановить связь человека с собственной внутренней природной частью. Распространение лечебно-профилактических и реабилитационных программ с участием лошадей связано с тем, что контакт с этими существами способствует развитию коммуникативных навыков, уверенности в себе, повышает самооценку и лидерские качества» [20, с. 150].

О.Г. Лопухова и К.К. Газизов [3] используют такую психотерапевтическую и развивающую технологию на основе взаимодействия с лошадьми, как ипповенция. Они рассматривают общение с лошадью «в качестве средства гармонизации и развития личности с позиций экопсихологического подхода, где лошадь выступает элементом природной среды, и в то же время, субъективно значимым “другим” и семантически значимым метафорическим образом... Развивающий потенциал общения с лошадью заключается в ее субъектификации (С.Д. Дерябо), что позволяет осуществлять процессы идентификации и социальной рефлексии, используя полученный опыт для коррекции и развития самосознания и разных уровней отношений: самоотношения, отношений в социальных группах, отношения к миру природы» [3, с. 97]

Общение с лошадью, «осуществляемое на основе специально организованных индивидуальных и групповых технологий психокоррекции и развития личности, выступает средством стимуляции перцептивных, интеллектуальных, эмоциональных процессов, влияющих на динамику психического состояния индивида и составляющих основу переживания психологического благополучия. Регуляция психических состояний заключается, в частности, в нормализации функционального состояния, снятии тревожной, депрессивной и агрессивной симптоматики, симптомов стресса... Реализация коррекционных и развивающих программ на основе применения ипповенции предполагает углубление контактов с собой и с миром, посредством общения с лошадью, направляемого психологом (психотерапевтом)» [3, с. 98].

R. Louv [35] описывает использование животных для психокоррекции при работе с детьми (animal-assisted therapy) с соматическими и психиатрическими заболеваниями. Так, привлечение собак во время сеансов психотерапии в условиях детского психиатрического стационара снижало агрессивные проявления и способствовало развитию социальных навыков,

снижало уровень эмоционального напряжения. Снижение напряжения и развитие социальных навыков у детей также были отмечены в амбулаторных условиях. Экотерапия с использованием животных также повышала терапевтическую эффективность вмешательств у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством и у перенесших сексуальное насилие.

C. Chalquist [15] показывает, что использование животных вызывало целый ряд положительных эффектов у пожилых людей, в том числе страдающих болезнью Альцгеймера. В присутствии животных у них снижался уровень эмоционального напряжения и агрессии. Менее острым становилось переживание одиночества в результате 6-недельного курса анималотерапии. Использование дельфинов в рамках 2-недельного курса анималотерапии снижало проявления депрессии. N. DeMayo [20] отмечает, что в результате прохождения курса занятий, связанных с уходом за животными, у пациентов с шизофренией, тревожными и аффективными расстройствами улучшались копинговые навыки, снижались проявления симптомов, повышалось качество жизни.

Креативные экспрессивные экотерапии (эко-арт-терапии). Методология и принципы экотерапии оказывают возрастающее влияние на креативные (экспрессивные) терапии, включая арт-терапию, музыкальную терапию, драматерапию, танцевально-двигательную терапию, полимодальную терапию искусством. Формируется креативная (экспрессивная) экотерапия [31; 33, с. 98]. Ее отличает использование природных факторов и среды в процессе занятий пациентов творческой деятельностью.

Статья A. Cutillo, N. Rothore, N. Reynolds, L. Hilliard и соавт. [19] представляет собой обзор публикаций, связанных с применением целебных факторов среды и творческой активности онкобольных и некоторых других категорий пациентов. Авторы отмечают, что привлечение данных факторов положительно влияет на эмоциональный фон у раковых больных, снижает выраженность депрессивных и астенических симптомов. В работе с онкобольными С. Peterson [40] использовала инновационную программу арт-терапии, включающую прогулки по территории лечебного центра с целью фотографирования среды с последующим созданием фотоколлажей.

Использование садовой терапии в сочетании с элементами творческой и игровой активности на базе педиатрического стационара с целью преодоления госпитального стресса описано P. Van der Riet и соавт. [48]. Работа с детьми проводилась в «Саду эльфов». При этом поддерживалось игровое взаимодействие детей с растениями, активизирующее воображение и

их контакт друг с другом. В статье С. Montgomery и J. Courtney [38] описывается прием растительной аранжировки, основанной на использовании представлений и техник арт-терапии, экпсихологии и садовой терапии. Растительная аранжировка связана с использованием цветов и иных растительных элементов в качестве метафорических средств самовыражения и изобразительной деятельности.

Различные формы психотерапевтической практики, связанной с использованием саногенного потенциала природной среды и творческой активности, представлены в недавно выпущенной книге «Зеленая студия: природа и искусство в психотерапии» [33]. Издание отражает современное состояние креативной (экспрессивной) экотерапии, включает главы, посвященные разным видам лечебного применения средовой творческой активности на основе изобразительной деятельности, музыки, сценической практики и повествований.

Как отмечает один из рецензентов книги, специалист по садовой терапии руководитель реабилитационного отделения Научно-исследовательского медицинского центра Лэнгтон при Нью-Йоркском университете М. Вихровски, «Книга “Зеленая студия: природа и искусство в терапии” открывает новые перспективы лечебного использования природных факторов в их сочетании с творческой активностью. Она показывает богатый потенциал возможностей проведения занятий с использованием этих факторов, расширяет представления о терапевтическом процессе и среде, механизмах лечебного воздействия. Книга... закладывает фундамент для дальнейшего успешного развития теории и практики экологической терапии искусством» [1, с. 59–60].

В издании А. Корутин и М. Rugh [33] представляют теоретические основы и принципы креативной экотерапии. R. Berger [8], автор драматерапевтического метода природной терапии, описывает ее теорию и практику. В. А'Court [7] раскрывает нюансы экологической арт-терапии, тесно связанной с движением в пространстве природы и использованием природных материалов в изобразительном искусстве. М. Rugh и S. Linder King [43] описывают работу с пожилыми и умирающими пациентами на основе применения изобразительных средств и анималотерапии. Арт-терапевт D. Schapiro [45] анализирует свой опыт художественной деятельности, связанный с контактом с природной средой. Использование фотографии в экотерапии раскрывается в главах, написанных А. Корутин [32] и М. Savolainen [44]. E. Pfeifer [41] знакомит с практикой ландшафтной музыкальной терапии с детьми и подростками.

Музыкальная терапия в природной среде также представлена в работе S. Klar [30], который подробно описывает занятия, проводимые им в горах, лесу, на берегах водоемов и иных природных ландшафтах. Представляют интерес его методика «терапевтических прогулок с освоением звукового ландшафта», а также работа M. Deuter [21], посвященная «прогулкам с вслушиванием в природу», используемые для профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Специалисты по креативной (экспрессивной) экотерапии рассматривают природный ландшафт и природные объекты не только как физические, но и символические формы, что позволяет более активно использовать терапевтический потенциал природных метафор. Так, садовые терапевты S. Linden и J. Grut использовали метафору сада в своей работе с жертвами пыток в рамках терапевтической программы в Лондоне для того, чтобы помочь им преодолеть чувства горя и утраты и прийти к переживанию обновления и возрождения. Они отмечают, что «использование природных метафор лежало в основе проекта, позволяющего проводить параллели между природными циклами и состояниями человека» [34, с. 42].

J.A. Courtney и J.C. Mills отмечают, что в работе с детьми находящиеся в кабинете элементы природной среды формируют набор помогающих объектов, обладающих значительным защитным, трансформационным, исцеляющим потенциалом. Эти предметы могут быть реальными природными объектами либо их изображениями или имитациями – животные, растения, камни и минералы, вода, ракушки, а также целостные ландшафты. «Они заключают в себе информацию об уроках жизни, необходимую для исцеления и изменений» [18, с. 19]. J.A. Courtney и J.C. Mills [18] также указывают на то, что наличие природных объектов или их изображений в психотерапевтическом кабинете позволяет клиентам чувствовать контакт с природой, землей даже при отсутствии возможности взаимодействия с реальным ландшафтом; способствует установлению психотерапевтических отношений, основанных на доверии и безопасности; обеспечивает рефрейминг проблем и представлений клиента о себе и своих отношениях; позволяет использовать их в качестве переходных объектов при перемещении клиента из терапевтической в повседневную среду; благодаря тактильному контакту с предметом снимает напряжение, облегчает выражение эмоций; активизирует воображение.

Литература

1. Вихровски М. Рецензия на книгу «Зеленая студия: природа и искусство в психотерапии» // Исцеляющее искусство. – 2016. – Т. 19, № 2. – С. 59–61.

2. Калашникова И.В. Экологическая терапия как коррекционно-педагогический элемент в комплексном подходе при лечении логоневроза у дошкольников // Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности : сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. – Грязи, 2016. – Вып. 1. – С. 94–96.
3. Лопухова О.Г., Газизов К.К. Арт-терапевтические техники в психокоррекции и развитии личности с участием лошадей // Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности : сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. – Грязи, 2016. – Вып. 1. – С. 96–98.
4. Святковская Е.А., Гонтарь О.Б., Тростенюк Н.Н. [и др.]. Гарденотерапия как составная часть социальной адаптации и профориентации для обучающихся с интеллектуальными нарушениями // Вестник ТвГУ. Серия: Педагогика и психология. – 2015. – № 3. – С. 244–261.
5. Шарафиева Л.Р. Ландшафтная арт-терапия с семьями и сообществами в среде ботанического сада // Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности : сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. – Грязи, 2016. – Вып. 1. – С. 90–93.
6. Яковчик Л.Д. Психолого-педагогическое сопровождение подростков в летнем лагере с использованием техник средовой арт-терапии и ритуалов // Арт-терапия и арт-педагогика: новые возможности для развития и социализации личности : сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. – Грязи, 2016. – Вып. 1. – С. 110–115.
7. A'Court B. "A communion of subjects". Holistic eco art therapy: integrating embodiment and environment in art therapy // Green Studio: nature and the arts in therapy / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 47–76.
8. Berger R. Nature therapy: a framework that incorporates nature, the arts and ritual in therapy // Green Studio: nature and the arts in therapy / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 27–46.
9. Bradshaw G.A. Transformation through service: trans-species psychology and its implications for ecotherapy // Ecotherapy: healing with nature in mind / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 157–165.
10. Brown L. Ecopsychology and environmental revolution // Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind / Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. – San Francisco : Sierra Club Books, 1995. – P. XIII–XIV.
11. Burls A. People and green spaces: Promoting public health and mental well-being through eco-therapy // J. of Public Mental Health. – 2007. – Vol. 6, N 3. – P. 24–39.
12. Burns G.W. A path of happiness: integrating nature into therapy for couples and families // Ecotherapy: healing with nature in mind / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 92–103.
13. Buzzell L. Asking different questions: therapy for the human animal // Ecotherapy: healing with nature in mind / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 46–54.

14. Buzzell L. and Chalquist C. Psyche and nature in a circle of healing // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 17–22.
15. Chalquist C. Ecotherapy research and a psychology of homecoming // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 69–82.
16. Clinebell H. *Ecotherapy: healing ourselves, healing the earth: a guide to ecologically grounded personality theory, spirituality, therapy and education.* – Minneapolis : Fortress, 1996. – 296 p.
17. Conn S. When the Earth hurts, who responds? // *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* / Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. – San Francisco : Sierra Club Books, 1995. – P. 156–171.
18. Courtney J.A., Mills J.C. Utilizing the metaphor of nature as co-therapist in *StoryPlay* // *Play Therapy.* – 2016. – Vol. 11, N 1. – P. 18–21.
19. Cutillo A., Rothore N., Reynolds N. [et al.]. A literary review of nature-based therapy and its application in cancer care // *J. Ther. Horticulture.* – 2015. – Vol. 25, N 1. – P. 27–48.
20. De Mayo N. Horses, humans, and healing // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 149–156.
21. Deuter, M. "Hör-Werkstatt": Ein musiktherapeutisches Angebot in einer Suchtklinik // *Musik und Gesundheit (MuG).* – 2009. – Vol. 16, N 2. – P. 12–19.
22. De Young R. Environmental psychology overview // *Green organizations: Driving change with IO psychology* / Eds.: S.R. Klein, A.H. Huffman. – New York : Routledge, 2013. – P. 17–33.
23. Dufrechou J.P. *Coming home to nature through the body: An intuitive inquiry into experiences of grief, weeping and other deep emotions in response to nature: A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Transpersonal Psychology Institute.* – Palo Alto, 2002. – 389 p. – (ProQuest Dissertations Publishing, 3047959).
24. Gomes M. Altars of extinction // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 246–250.
25. Grady B. *Nature as a transformational space and facilitating environment for psychological growth: a psychodynamic perspective: A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Psychology in Massachusetts School of Professional Psychology.* – Boston, 2009. – 140 p. – (ProQuest Dissertations Publishing, 3382667).
26. Gray L. Shamanic counseling and ecopsychology // *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* / Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. – San Francisco : Sierra Club Books, 1995. – P. 172–182.
27. Greenway R. The wilderness experience as therapy: we've been here before // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 132–139.
28. Harper S. The way of wilderness // *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* / Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. – San Francisco : Sierra Club Books, 1995. – P. 183–200.

29. Heimets M. The phenomenon of personalization of the environment // *Journal of Russian & East European Psychology*. – 1994. – Vol. 32, N 3. – P. 24–32.
30. Klar S. Wir hören nur mit dem Herzen gut: Hören und Wahrnehmen in Ko-Respondenz mit der Natur // *Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG) (Ed.) // Jahrbuch Musiktherapie. Music Therapy Annual. Das Hören des Therapeuten*. – Wiesbaden : Dr. Ludwig Reichert Verlag, 2012. – Vol. 8. – P. 157–176.
31. Kopytin A. Green Studio: Eco-perspective on the therapeutic setting in art therapy // *Green Studio: nature and the arts in therapy* / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 13–26.
32. Kopytin A. Environmental and eco-based phototherapy: ecotherapeutic application of photography // *Green Studio: nature and the arts in therapy* / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 155–178.
33. Kopytin A., Rugh M. (Eds.). *Green Studio: nature and the arts in therapy*. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – 206 p.
34. Linden S., Grut J. The healing fields; Working with psychotherapy and nature to rebuild shattered lives. Published in Association with the Medical Foundation for the Care of Victims of Torture. – London : Frances Lincoln, 2002. – 165 p.
35. Louv R. Children and nature: the great discount // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 205–210.
36. Messer Dehl E.L. Gardens that heal // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 166–173.
37. Metzner R. Green psychology, shamanism, and therapeutic rituals // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 256–261.
38. Montgomery C.S., Courtney J.A. The theoretical and therapeutic paradigm of botanical arranging // *AHTA J. Ther. Horticulture*. – 2015. – Vol. 25, N 1. – P. 16–26.
39. Orr D.W. Foreword // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 13–16.
40. Peterson C. Walkabouts: looking in, looking out. A mindfulness-based art therapy program // *Art Therapy: J. of the American Art Therapy Association*. – 2015. – Vol. 32, N 1. – P. 78–82.
41. Pfeifer E. Outdoor music therapy with children and adolescents // *Green Studio: nature and the arts in therapy* / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 117–136.
42. Roszak T. Where psyche meets Gaia // *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* / Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. – San Francisco : Sierra Club Books, 1995. – P. 1–20.
43. Rugh M. and Linder King S. Greening the lifecycle: ecopsychology, aging and art therapy // *Green Studio: nature and the arts in therapy* / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 279–106.
44. Savolainen M. Empowering photography // *Green Studio: nature and the arts in therapy* / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 179–204.

45. Schapiro D. Observing art process, observing nature // *Green Studio: nature and the arts in therapy* / Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. – New York : Nova Science Publishers, 2016. – P. 107–116.

46. Schneider L.Z. Eco-dreaming: the whale's tale // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 116–122.

47. Shapiro E. Restoring habitats, communities, and souls // *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* / Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. – San Francisco : Sierra Club Books, 1995. – P. 224–239.

48. Van der Riet P., Jitsacorn C., Junlapeeva P. [et al.]. Nurses' stories of a "Fairy Garden" healing haven for sick children // *J. Clinical Nursing*. – 2014. – Vol. 36, N 2. – P. 13–20.

49. Watkins M. Creating restorative ecotherapeutic practices // *Ecotherapy: healing with nature in mind* / Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. – Berkeley : Counterfront, 2009. – P. 219–236.

50. Wilson E.O. *Biophilia*. – Cambridge : Harvard University Press, 1984. – 176 p.

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

Поступила 20.01.2017

Для цитирования. Копытин А.И. Экотерапия: теория, методология, практика // *Вестн. психотерапии*. 2017. № 61 (66). С. 50–73.

ECOTHERAPY: THEORY, METHODOLOGY, PRACTICE

Копытин А.И.

North-West State Medical University in the name of I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str. 41, St. Petersburg, Russia)

✉ Alexander Ivanovich Kopytin – Dr. Med. Sci., Ass. Prof., Psychotherapy and Sexology Department, North-West State Medical University in the name of I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str. 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: alkopytin@rambler.ru

Abstract. Characteristics of the new scientific and practical discipline, ecotherapy, which was brought to life by the tendency of resisting the deteriorating ecological conditions and using the healing potential of the natural environment has been given. The connection between ecopsychology and ecotherapy is emphasized. It's definition together with principles and key ideas of ecotherapy methodology that concern the concept of personality, pathogenic factors and the therapeutic intervention have been described. An overview of ecotherapy methods including wilderness therapy, horticultural

tural therapy, animal-assisted therapy, creative (expressive) ecotherapy, or eco-arts therapy that use environmental creative activity of patients has been presented. Findings from the study of ecotherapy therapeutic and preventive effects have been outlined.

Key words: clinical (medical) psychology, psychotherapy, correctional psychology, ecotherapy, ecopsychology, nature, ecology.

References

1. Vikhrovski M. Retsenziya na knigu «Zelenaya studiya: priroda i iskusstvo v psikhoterapii» [Review on "Green Studio: nature and the arts in therapy"]. *Istsel'yayushchee iskusstvo* [Healing Art]. 2016. Vol. 19, N 2. Pp. 59–61. (In Russ)

2. Kalashnikova I.V. Ekologicheskaya terapiya kak korrktsionno-pedagogicheskii element v kompleksnom podkhode pri lechenii logonevroza u doshkol'nikov [Ecological therapy as a corrective-pedagogical element of an approach to treating logoneurosis at pre-schoolers]. *Art-terapiya i art-pedagogika: novye vozmozhnosti dlya razvitiya i sotsializatsii lichnosti* [Art therapy and artpedagogika new opportunities for the development and socialization of the individual] : Scientific. Conf. Proceedings. Gryazi. 2016. Issue 1. Pp. 94–96. (In Russ)

3. Lopukhova O.G., Gazizov K.K. Art-terapevticheskie tekhniki v psikhokorrktsii i razvitiu lichnosti s uchastiem loshadei [Art therapeutic techniques for psycho-correction and development of personality with the assistance of horses]. *Art-terapiya i art-pedagogika: novye vozmozhnosti dlya razvitiya i sotsializatsii lichnosti* [Art therapy and artpedagogika new opportunities for the development and socialization of the individual] : Scientific. Conf. Proceedings. Gryazi. 2016. Issue 1. Pp. 96–98. (In Russ)

4. Svyatkovskaya E.A., Gontar' O.B., Trostenyuk N.N. [et al.]. Gardenoterapiya kak sostavnaya chast' sotsial'noi adaptatsii i proforientatsii dlya obuchayushchikhsya s intellektual'nymi narusheniyami [Garden therapy as a part of social adaptation and professional orientation for students with intellectual disorders]. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika i psikhologiya* [Vestnik TVGU. Seriya: Pedagogika i psikhologiya]. 2015. N 3. Pp. 244–261. (In Russ)

5. Sharafieva L.R. Landshaftnaya art-terapiya s sem'yami i soobshchestvami v srede botanicheskogo sada [Environmental art therapy with families and communities in the environment of the botanical garden]. *Art-terapiya i art-pedagogika: novye vozmozhnosti dlya razvitiya i sotsializatsii lichnosti* [Art therapy and artpedagogika new opportunities for the development and socialization of the individual] : Scientific. Conf. Proceedings. Gryazi. 2016. Issue 1. Pp. 90–93. (In Russ)

6. Yakovchik L.D. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie podrostkov v letnem lagere s ispol'zovaniem tekhnik sredovoi art-terapii i ritualov [Psychological-pedagogical accompaniment of adolescents in the summer camp with the use of environmental art therapy techniques and rituals]. *Art-terapiya i art-pedagogika: novye vozmozhnosti dlya razvitiya i sotsializatsii lichnosti* [Art therapy and artpedagogika new opportunities for the development and socialization of the individual] : Scientific. Conf. Proceedings. Gryazi. 2016. Issue 1. Pp. 110–115. (In Russ)

7. A'Court B. "A communion of subjects". Holistic eco art therapy: integrating embodiment and environment in art therapy. *Green Studio: nature and the arts in ther-*

apy : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 47–76.

8. Berger R. Nature therapy: a framework that incorporates nature, the arts and ritual in therapy. *Green Studio: nature and the arts in therapy* : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 27–46.

9. Bradshaw G.A. Transformation through service: trans-species psychology and its implications for ecotherapy. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 157–165.

10. Brown L. Ecopsychology and environmental revolution. *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* : collection of scientific works. Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. San Francisco : Sierra Club Books, 1995. Pp. XIII–XIV.

11. Burls A. People and green spaces: Promoting public health and mental well-being through eco-therapy. *J. of Public Mental Health*. 2007. Vol. 6, N 3. Pp. 24–39.

12. Burns G.W. A path of happiness: integrating nature into therapy for couples and families. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 92–103.

13. Buzzell L. Asking different questions: therapy for the human animal. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 46–54.

14. Buzzell L. and Chalquist C. Psyche and nature in a circle of healing. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 17–22.

15. Chalquist C. Ecotherapy research and a psychology of homecoming. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 69–82.

16. Clinebell H. Ecotherapy: healing ourselves, healing the earth: a guide to ecologically grounded personality theory, spirituality, therapy and education. Minneapolis : Fortress. 1996. 296 p.

17. Conn S. When the Earth hurts, who responds? *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* : collection of scientific works. Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. San Francisco : Sierra Club Books. 1995. Pp. 156–171.

18. Courtney J.A., Mills J.C. Utilizing the metaphor of nature as co-therapist in StoryPlay. *Play Therapy*. 2016. Vol. 11, N 1. Pp. 18–21.

19. Cutillo A., Rothore N., Reynolds N. [et al.]. A literary review of nature-based therapy and its application in cancer care. *J. Ther. Horticulture*. 2015. Vol. 25, N 1. Pp. 27–48.

20. De Mayo N. Horses, humans, and healing. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 149–156.

21. Deuter, M. "Hör-Werkstatt": Ein musiktherapeutisches Angebot in einer Suchtklinik. *Musik und Gesundheit (MuG)*. 2009. Vol. 16, N 2. Pp. 12–19.

22. De Young R. Environmental psychology overview. *Green organizations: Driving change with IO psychology* : collection of scientific works. Eds.: S.R. Klein, A.H. Huffman. New York : Routledge. 2013. Pp. 17–33.

23. Dufrechou J.P. Coming home to nature through the body: An intuitive inquiry into experiences of grief, weeping and other deep emotions in response to nature : A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Transpersonal Psychology Institute. Palo Alto. 2002. 389 p. (ProQuest Dissertations Publishing, 3047959).

24. Gomes M. Altars of extinction. Ecotherapy: healing with nature in mind : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 246–250.

25. Grady B. Nature as a transformational space and facilitating environment for psychological growth: a psychodynamic perspective : A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Doctor of Psychology in Massachusetts School of Professional Psychology. Boston. 2009. 140 p. (ProQuest Dissertations Publishing, 3382667).

26. Gray L. Shamanic counseling and ecopsychology. *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* : collection of scientific works. Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. San Francisco : Sierra Club Books. 1995. Pp. 172–182.

27. Greenway R. The wilderness experience as therapy: we've been here before. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 132–139.

28. Harper S. The way of wilderness. *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* : collection of scientific works. Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. San Francisco : Sierra Club Books. 1995. Pp. 183–200.

29. Heimets M. The phenomenon of personalization of the environment. *J. of Russian & East European Psychology*. 1994. Vol. 32, N 3. Pp. 24–32.

30. Klar S. Wir hören nur mit dem Herzen gut: Hören und Wahrnehmen in Korrespondenz mit der Natur. Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG) (Ed.). Jahrbuch Musiktherapie. Music Therapy Annual. Das Hören des Therapeuten. Wiesbaden : Dr. Ludwig Reichert Verlag. 2012. Vol. 8. Pp. 157–176.

31. Kopytin A. Green Studio: Eco-perspective on the therapeutic setting in art therapy. *Green Studio: nature and the arts in therapy* : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 13–26.

32. Kopytin A. Environmental and eco-based phototherapy: ecotherapeutic application of photography. *Green Studio: nature and the arts in therapy* : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 155–178.

33. Kopytin A., Rugh M. (Eds.). Green Studio: nature and the arts in therapy : collection of scientific works. New York : Nova Science Publishers, 2016. 206 p.

34. Linden S., Grut J. The healing fields; Working with psychotherapy and nature to rebuild shattered lives. Published in Association with the Medical Foundation for the Care of Victims of Torture. London : Frances Lincoln. 2002. 165 p.

35. Louv R. Children and nature: the great discount. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 205–210.

36. Messer Dehl E.L. Gardens that heal. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront, 2009. Pp. 166–173.

37. Metzner R. Green psychology, shamanism, and therapeutic rituals. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 256–261.
38. Montgomery C.S., Courtney J.A. The theoretical and therapeutic paradigm of botanical arranging. *AHTA J. Ther. Horticulture*. 2015. Vol. 25, N 1. Pp. 16–26.
39. Orr D.W. Foreword. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 13–16.
40. Peterson C. Walkabouts: looking in, looking out. A mindfulness-based art therapy program. *Art Therapy: J. of the American Art Therapy Association*. 2015. Vol. 32, N 1. Pp. 78–82.
41. Pfeifer E. Outdoor music therapy with children and adolescents. *Green Studio: nature and the arts in therapy* : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 117–136.
42. Roszak T. Where psyche meets Gaia. *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* : collection of scientific works. Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. San Francisco : Sierra Club Books. 1995. Pp. 1–20.
43. Rugh M. and Linder King S. Greening the lifecycle: ecopsychology, aging and art therapy. *Green Studio: nature and the arts in therapy* : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 279–106.
44. Savolainen M. Empowering photography. *Green Studio: nature and the arts in therapy* : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 179–204.
45. Schapiro D. Observing art process, observing nature. *Green Studio: nature and the arts in therapy* : collection of scientific works. Eds.: A. Kopytin, M. Rugh. New York : Nova Science Publishers. 2016. Pp. 107–116.
46. Schneider L.Z. Eco-dreaming: the whale's tale. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 116–122.
47. Shapiro E. Restoring habitats, communities, and souls. *Ecopsychology: restoring the Earth, healing the mind* : collection of scientific works. Eds.: T. Roszak, M.E. Gomes, A.D. Kanner. San Francisco : Sierra Club Books. 1995. Pp. 224–239.
48. Van der Riet P., Jitsacorn C., Junlapeeva P. [et al.]. Nurses' stories of a "Fairy Garden" healing haven for sick children. *J. Clinical Nursing*. 2014. Vol. 36, N 2. Pp. 13–20.
49. Watkins M. Creating restorative ecotherapeutic practices. *Ecotherapy: healing with nature in mind* : collection of scientific works. Eds.: L. Buzzell, C. Chalquist. Berkeley : Counterfront. 2009. Pp. 219–236.
50. Wilson E.O. Biophilia. Cambridge : Harvard University Press. 1984. 176 p.

Received 20.01.2017

For citing. Kopytin A.I. Ekoterapiya: teoriya, metodologiya, praktika. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 61. Pp. 50–73. **(In Russ.)**

Kopytin A.I. Ecotherapy: theory, methodology, practice. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 61. Pp. 50–73.

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-ЖЕНЩИН (2003–2016 ГГ.)

¹Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

²Всероссийский центр экстренный и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Провели выборочный статистический анализ 60 % медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы воинских частей по форме 3/МЕД за период с 2003 по 2016 г. Анализ нарушений состояния здоровья военнослужащих-женщин показал, что среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами по V классу МКБ-10 военнослужащих-женщин составил ($10,31 \pm 0,62$) %, уровень первичной заболеваемости – ($4,21 \pm 0,37$) %, уровень динамического диспансерного наблюдения – ($1,60 \pm 0,18$) %, госпитализации – ($2,52 \pm 0,18$) %, уровень трудопотерь в днях – ($66,4 \pm 5,8$) %, уровень увольняемости – ($0,37 \pm 0,05$) %. Полиномиальные тренды перечисленных показателей расстройств здоровья показывали тенденции их увеличения. Отмечается невысокая доля психической заболеваемости в структуре основных показателей нарушений здоровья военнослужащих-женщин, однако их доля увольняемости по психическим расстройствам сохраняется на высоком уровне. Проведенные расчеты показали, что 92,4 % от сформированной нами комплексной структуры показателей нарушений психического здоровья военнослужащих-женщин определяли: органические, включая симптоматические, психические расстройства (10,7 %); психические расстройства и расстройства пове-

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., нач. каф. психиатрии, гл. психиатр Вооруженных сил России, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

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

Сивашенко Павел Павлович – канд. мед. наук, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6), e-mail: pavel-siv@yandex.ru;

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

Лобачев Александр Васильевич – канд. мед. наук, докторант каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: doctor.lobachev@gmail.com.

дения, связанные с употреблением психоактивных веществ (5,2 %); шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (7,3 %); расстройства настроения (аффективные расстройства) (6,2 %); невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (59,6); поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (3,4 %).

Ключевые слова: психиатрия, военная медицина, психическое расстройство, заболеваемость, госпитализация, трудопотери, увольняемость.

Введение

Военнослужащие-женщины проходят службу в армиях многих стран. Установлено, что без ущерба боеготовности для вооруженных сил доля военнослужащих-женщин может составлять 10–15 % [2, 5, 10, 11].

Так, в вооруженных силах США число военнослужащих-женщин достигает 15 %. Однако призыв женщин на военную службу армию в США приводит к серьезным расходам на военное здравоохранение: так на протяжении длительного периода (с 2010 г.) количество трудопотерь и уровень госпитализаций по причине беременностей занимают 2-е место среди всех болезней [12].

Следует отметить, что 1-е место среди причин госпитализаций и трудопотерь у военнослужащих-женщин США занимают психические расстройства, данные показатели превышают аналогичные у военнослужащих-мужчин. Отличается и структура трудопотерь и госпитализаций у женщин вследствие психических расстройств. Расстройства адаптации (по МКБ-9) являются причиной 37,2 % госпитализаций (против 33,1 % у мужчин), эпизодические расстройства настроения – 27,6 % (против 20,9 % у мужчин), невротические, соматоформные и тревожные расстройства 10,2 % (против 7,4 % у мужчин), аддиктивная патология 6,2 % (против 11,4 % у мужчин). Гендерные различия наблюдаются и в частоте обращаемости за амбулаторной медицинской помощью – женщины посещают врачей в 1,85 раза чаще мужчин (12,6 и 6,8 обращений в год соответственно). Приведенные данные трудно интерполировать при анализе заболеваемости военнослужащих-женщин Вооруженных сил России, так как с 1998 г. Россия перешла на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), тем не менее, можно оценить основные тенденции:

- психические расстройства у военнослужащих-женщин США являются наиболее частой причиной обращений, госпитализаций и трудопотерь;
- в структуре психических расстройств преобладают невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (не менее 47,4 %);
- перечисленные статистические показатели у военнослужащих-женщин больше, чем у мужчин;

- военнослужащие-женщины реже подвержены злоупотреблению алкоголем.

Количество военнослужащих-женщин в Вооруженных силах России превышает 10 % от общей численности личного состава. Выявлена зависимость, которая показывает, что эффективность профессиональной деятельности военнослужащих-женщин во многом определяется характером профессиональной мотивации [4]:

- инновационным (около 1,2 % женщин) – личностный потенциал реализуется одновременно в профессиональной и семейно-бытовых сферах. Как правило, это женщины в воинском звании майор и выше, которые проходят военную службу на высокооплачиваемых должностях;

- профессионально-ориентированным (6 %) – основной движущий мотив – признание в профессии нередко в ущерб семейно-бытовым отношениям. В основном эти женщины проходят службу в штабной, медицинской и тыловой службах и подразделениях связи;

- прагматическим (67 %) – служат по принципу: выбирать не приходится. Как правило, это матери-одиночки, разведенные и женщины из материально неблагополучных семей;

- семейно-ориентированным (6 %) – главный мотив их жизни – желание создать благополучную семью. Эту группу составляют менее половины незамужних и треть замужних женщин, предпочитающих основное время своей жизни посвящать семейным вопросам.

Проведенные исследования показали, что социально-психологическая адаптация военнослужащих-женщин протекает с большим напряжением регуляторных механизмов [3]. Установлено также, что военнослужащие-женщины переживали стрессорное воздействие более бурно, чем мужчины, однако после окончания стресса их психофизиологические показатели возвращались к норме быстрее, чем у мужчин [1].

Выявлено, что клинический статус военнослужащих-женщин определялся повышенным уровнем общей заболеваемости, более длительными сроками временной утраты трудоспособности по сравнению с популяционными данными и военнослужащими-мужчинами. Освоение женщинами сугубо «мужских» профессий сопровождалось чрезмерным напряжением функциональных резервов организма и было сопряжено с рисками развития у них различных заболеваний, которые в других ситуациях невозможны [8, 13].

Анализ нарушений состояния здоровья военнослужащих-женщин в 2003–2015 гг. показал, что среднегодовой уровень общей заболеваемости (обращаемости) составил $(1618 \pm 104) \%$, первичной заболеваемости –

(628 ± 59) %, диспансерного наблюдения – (268 ± 28) %, госпитализации – (282 ± 30) %, случаев и дней трудопотерь – (809 ± 99) и (6681 ± 499) % соответственно, увольняемости по состоянию здоровья – (8,85 ± 1,33) %, коэффициент смертности на 100 тыс. женщин – (69,3 ± 5,4) человек. Полиномиальные тренды данных заболеваемости (за исключением увольняемости) показывали тенденцию к их увеличению [7]. Можно предположить, что профессиональная деятельность военнослужащих-женщин была сопряжена с чрезмерным напряжением функциональных резервов организма и высокими рисками развития у них расстройств здоровья.

Как правило, вклад заболеваний V класса МКБ-10 в структуру общей и первичной заболеваемости, госпитализации, трудопотерь военнослужащих-женщин не превышал 1 % (12–14-й ранг из 15 классов болезней по МКБ-10). Доля в структуре увольняемости по состоянию здоровья была больше и составила 4 % (8-й ранг) [7]. Однако не вызывает сомнений, что состояние психики имеет большое значение при выполнении особо ответственных задач, поддержании правопорядка, проведении контртеррористических операций и ликвидации чрезвычайных ситуаций, несении караульной службы и проч. Мониторинг психического здоровья, оценка влияния неблагоприятных факторов службы на процессы адаптации и прогнозирование успешной профессиональной деятельности военнослужащих в Вооруженных силах России проводятся на различных этапах прохождения военной службы [9].

Цель исследования – изучить медико-статистические показатели психического здоровья военнослужащих-женщин.

Материалы и методы

Провели выборочный статистический анализ медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, расположенных в различных военных округах, родах и видах войск, в которых проходили службу около 60 % от общего числа военнослужащих-женщин в Вооруженных силах России с 2003 по 2016 г. [6]. Рассчитали общепринятые показатели состояния здоровья военнослужащих-женщин по обобщенным группам V класса болезней МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения» (табл. 1):

- общую заболеваемость – сумму всех (первичных и повторных) обращений за медицинской помощью;
- первичную заболеваемость;
- диспансерное наблюдение военнослужащих-женщин, имеющих отклонения в состоянии здоровья;

- лечение в стационарных условиях (госпитализацию);
- трудопотери в днях;
- увольняемость из Вооруженных сил России по состоянию здоровья.

Проведен анализ групп расстройств, показатели которых имели вклад в структуру анализируемых данных не менее 3 %. Данные о состоянии здоровья рассчитаны на 1000 военнослужащих-женщин, или в %. Наряду с относительными величинами частоты и структуры, в статье приведены средние арифметические показатели и ошибки средней величины ($M \pm m$).

При расчете обобщенного показателя нарушений здоровья женщин-военнослужащих вклад в структуру класса болезней увольняемости умножали на коэффициент 2, остальные данные имели коэффициент 1. На основе полученной суммы структурных данных определяли комплексный показатель нарушения здоровья. Динамику показателей здоровья исследовали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка.

Таблица 1

Обобщенные группы психических расстройств и расстройств поведения
(V класс по МКБ-10)

Группа	Название	Таксон МКБ-10
1-я	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	F00–F09
2-я	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	F10–F19
3-я	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F20–F29
4-я	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	F30–F39
5-я	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	F40–F48
6-я	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	F50–F59
7-я	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	F60–F69
8-я	Умственная отсталость	F70–F79
9-я	Расстройства психологического развития	F80–F89
10-я	Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	F90–F98
11-я	Неуточненные психические расстройства	F99

Результаты и их анализ

Общая заболеваемость. Среднегодовой уровень общей заболеваемости военнослужащих-женщин психическими расстройствами составил $(10,31 \pm 0,62)$ %. Полиномиальный тренд общей заболеваемости психиче-

скими расстройствами военнослужащих-женщин при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,15$) демонстрирует тенденцию увеличения этого показателя (рис. 1).



Рис. 1. Уровень общей заболеваемости военнослужащих-женщин психическими расстройствами

Среднегодовые показатели уровня общей заболеваемости по группам сведены в табл. 2. Наибольшие показатели общей заболеваемости были у военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств ($8,05 \pm 0,68$) %. Полиномиальный тренд 5-й группы болезней (рис. 2) при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,24$) напоминает кривую уровня общей заболеваемости военнослужащих-женщин (см. рис. 1). Конгруэнтность анализируемых кривых высокая ($r = 0,94$; $p < 0,001$). Именно эти болезни обусловили выраженный подъем заболеваемости военнослужащих-женщин в 2012 г.



Рис. 2. Уровень общей заболеваемости военнослужащих-женщин 5-й группой психических расстройств

Таблица 2

Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами женщинами-военнослужащих (%)

Группа	Год													2003–2016	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2016
1-я	0,04	0,31	0,76	0,67	0,82	0,37	0,37	0,50	0,48	0,10	0,49	0,21	0,04	0,25	0,39 ± 0,07
2-я	0,07	0,36	0,63	0,10	0,19	0,31	0,26	0,48	0,41	0,10	0,20	0,12	0,04	0,04	0,24 ± 0,05
3-я	0,06	0,18	0,12	0,16	0,10	0,17	0,23	0,21	0,48	0,05	0,00	0,37	0,12	0,07	0,17 ± 0,03
4-я	1,21	0,71	0,59	0,30	0,40	0,72	0,35	0,76	0,48	0,15	0,89	1,56	1,14	0,21	0,68 ± 0,11
5-я	9,97	7,17	5,93	5,80	5,17	6,99	4,55	7,89	8,04	14,23	8,48	10,70	9,56	8,28	8,05 ± 0,68
6-я	0,07	0,03	0,30	0,16	0,10	0,59	0,81	0,07	0,15	0,0	0,0	0,12	0,0	0,07	0,18 ± 0,06
7-я	0,22	0,20	0,21	0,05	0,07	0,11	0,09	0,12	0,19	0,0	0,0	0,12	0,0	0,04	0,10 ± 0,02
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,05	0,01	0,0	0,06	0,02	0,02	0,04	0,0	0,0	0,04	0,0	0,0	0,02 ± 0,01
10-я	0,55	0,01	0,0	0,04	0,28	0,83	0,78	0,43	0,07	0,20	0,0	0,0	0,04	0,0	0,23 ± 0,08
11-я	0,35	0,06	0,09	0,04	0,16	0,12	0,26	0,21	0,15	0,15	1,58	0,12	0,37	0,04	0,26 ± 0,10
Итого	12,55	9,02	8,68	7,33	7,31	10,27	7,72	10,69	10,49	14,99	11,63	13,37	11,31	8,98	10,31 ± 0,62

Таблица 3

Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами женщинами-военнослужащих (‰)

Группа	Год													2003–2016	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2016
1-я	0,02	0,14	0,55	0,29	0,39	0,26	0,32	0,45	0,48	0,10	0,20	0,16	0,04	0,11	0,25 ± 0,05
2-я	0,05	0,11	0,25	0,05	0,09	0,25	0,12	0,24	0,26	0,10	0,10	0,04	0,04	0,04	0,12 ± 0,02
3-я	0,05	0,08	0,04	0,08	0,07	0,11	0,12	0,14	0,33	0,05	0,00	0,04	0,08	0,07	0,09 ± 0,02
4-я	0,40	0,35	0,29	0,13	0,28	0,23	0,21	0,38	0,30	0,15	0,25	0,74	0,65	0,21	0,33 ± 0,05
5-я	3,28	2,05	1,52	1,66	1,87	2,09	1,73	2,40	2,82	6,25	3,45	5,09	4,43	4,47	3,08 ± 0,39
6-я	0,02	0,03	0,13	0,08	0,07	0,42	0,32	0,05	0,07	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,09 ± 0,03
7-я	0,07	0,06	0,05	0,03	0,04	0,05	0,05	0,07	0,11	0,00	0,00	0,04	0,00	0,04	0,04 ± 0,01
8-я	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0
9-я	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03	0,02	0,02	0,04	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,01 ± 0,00
10-я	0,21	0,01	0,00	0,01	0,10	0,20	0,16	0,19	0,07	0,05	0,00	0,00	0,04	0,00	0,08 ± 0,02
11-я	0,09	0,03	0,05	0,01	0,16	0,09	0,12	0,07	0,07	0,25	0,15	0,12	0,33	0,04	0,11 ± 0,02
Итого	4,20	2,86	2,89	2,34	3,09	3,74	3,17	4,01	4,56	7,01	4,14	6,32	5,61	4,97	4,21 ± 0,37

На рис. 3 представлена структура общей заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих-женщин. Оказалось, что 3 группы болезней (1-, 4-я и 5-я) определили 87,1 % вклада общей заболеваемости. Уместно заметить, что вклад в структуру общей заболеваемости невротических расстройств составил 42,2 %, соматоформных – 33,6 %.

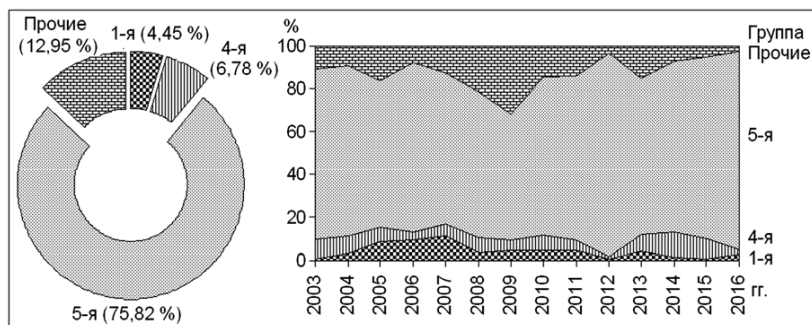


Рис. 3. Структура общей заболеваемости (слева) и динамика структуры военнослужащих-женщин психическими расстройствами (2003–2016 гг.)

Отличительной особенностью структуры общей заболеваемости военнослужащих женщин от офицеров Вооруженных сил России является невысокий уровень психических расстройств 2-й группы. Например, уровень общей заболеваемости 2-й группы у офицеров был $(1,49 \pm 0,23) \%$, у военнослужащих женщин – $(0,24 \pm 0,05) \%$. Различия статистически значимые ($p < 0,001$). Аналогические тенденции наблюдались у военнослужащих в армии США [12].

Первичная заболеваемость. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости военнослужащих-женщин психическими расстройствами был $(4,21 \pm 0,37) \%$. Полиномиальный тренд первичной заболеваемости психическими расстройствами при коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,53$) демонстрирует увеличение уровня заболеваемости (рис. 4).

Среднегодовые показатели уровня первичной заболеваемости по группам сведены в табл. 3. Наибольшие показатели первичной заболеваемости были у военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств – $(3,08 \pm 0,39) \%$.

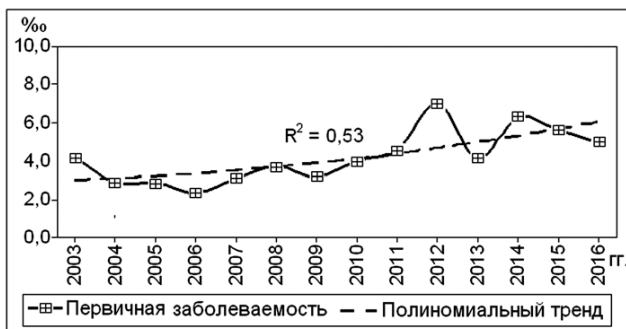


Рис. 4. Уровень первичной заболеваемости военнослужащих-женщин психическими расстройствами

Полиномиальный тренд первичной заболеваемости военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств при коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,56$) показывает увеличение данных (рис. 5), что свидетельствует о необходимости проведения им более действенных психо-профилактических мероприятий.



Рис. 5. Уровень первичной заболеваемости военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств

На рис. 6 представлена структура первичной заболеваемости психическими расстройствами. Оказалось, что 5 групп болезней (1–5-я) определили 88,2 % вклада первичной заболеваемости, при том, что доля 5-й группы психических расстройств составила 69,2 % и подтверждает необходимость их психо-профилактики в Вооруженных силах России.

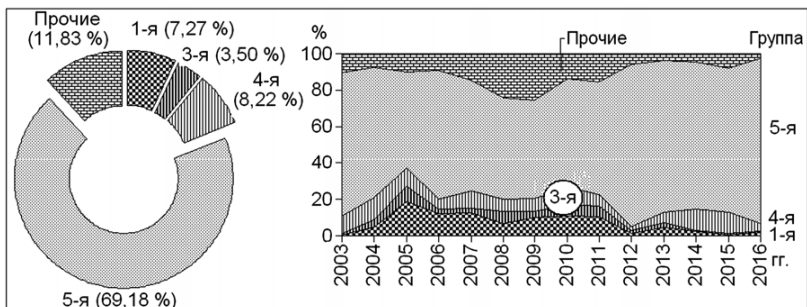


Рис. 6. Структура (слева) и динамика структуры первичной заболеваемости военнослужащих-женщин психическими расстройствами

Диспансерное наблюдение. Среднегодовой уровень нуждаемости военнослужащих-женщин с психическими расстройствами в динамическом диспансерном наблюдении составил $(1,60 \pm 0,18) \%$.

Полиномиальный тренд при значимом коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,64$) указывает на увеличение нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих-женщин с психическими расстройствами (рис. 7).

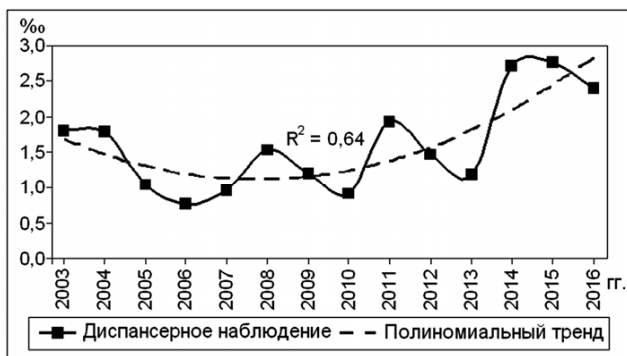


Рис. 7. Уровень нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих-женщин с психическими расстройствами

Среднегодовые показатели уровня динамического диспансерного наблюдения военнослужащих-женщин по группам представлены в табл. 4. Наибольшие показатели нуждаемости в диспансерном наблюдении были у военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств – $(1,28 \pm 0,19) \%$.

Полиномиальный тренд 5-й группы при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,80$) показывает рост данных диспансерного наблюдения (рис. 8). Конгруэнтность кривых уровня нуждаемости в диспансерном наблюдении всех военнослужащих-женщин с психическими заболеваниями и с 5-й группой расстройств высокая ($r = 0,94$; $p < 0,001$).



Рис. 8. Уровень нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств

На рис. 9 изображена структура диспансерного наблюдения военнослужащих-женщин с психическими расстройствами. Оказалось, что 5 групп болезней (2-, 4-, 5-, 6- и 10-я) определили 93 % вклада диспансерного наблюдения, в том числе психические расстройства 5-й группы составили 74,6 %, из них невротические расстройства – 41,4 %, соматоформные – 33,2 %.

Таблица 4

Уровень диспансерного наблюдения женщин-военнослужащих с психическими расстройствами (‰)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003–2016
1-я	0,01	0,04	0,07	0,04	0,12	0,03	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,08	0,0	0,0	0,03 ± 0,01
2-я	0,05	0,17	0,09	0,04	0,03	0,06	0,04	0,07	0,19	0,05	0,05	0,04	0,0	0,0	0,06 ± 0,01
3-я	0,01	0,04	0,03	0,03	0,00	0,02	0,02	0,02	0,0	0,05	0,0	0,04	0,0	0,0	0,02 ± 0,00
4-я	0,16	0,18	0,03	0,03	0,00	0,02	0,0	0,0	0,04	0,05	0,05	0,41	0,0	0,0	0,07 ± 0,03
5-я	1,27	1,23	0,72	0,51	0,62	0,98	0,70	0,69	1,67	1,27	1,03	2,05	2,77	2,39	1,28 ± 0,19
6-я	0,01	0,01	0,07	0,07	0,00	0,16	0,21	0,0	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04 ± 0,02
7-я	0,05	0,11	0,01	0,03	0,01	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04	0,0	0,0	0,02 ± 0,01
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04	0,0	0,0	0,0
10-я	0,21	0,0	0,0	0,0	0,15	0,20	0,19	0,12	0,0	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0	0,07 ± 0,02
11-я	0,02	0,0	0,03	0,01	0,01	0,03	0,04	0,0	0,0	0,0	0,05	0,0	0,0	0,0	0,01 ± 0,00
Итого	1,81	1,78	1,03	0,76	0,95	1,53	1,20	0,90	1,93	1,47	1,18	2,71	2,77	2,39	1,60 ± 0,18

Таблица 5

Уровень госпитализации женщин-военнослужащих с психическими расстройствами (‰)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003–2016
1-я	0,02	0,07	0,27	0,18	0,31	0,22	0,33	0,33	0,48	0,10	0,15	0,04	0,04	0,11	0,19 ± 0,04
2-я	0,06	0,20	0,26	0,05	0,13	0,25	0,12	0,24	0,30	0,10	0,10	0,04	0,04	0,04	0,10 ± 0,02
3-я	0,05	0,14	0,05	0,08	0,07	0,09	0,16	0,14	0,33	0,05	0,0	0,04	0,08	0,07	0,17 ± 0,03
4-я	0,25	0,18	0,17	0,09	0,16	0,22	0,12	0,21	0,22	0,15	0,05	0,45	0,12	0,04	1,67 ± 0,16
5-я	1,20	1,51	1,05	1,01	1,19	1,31	1,46	1,35	2,15	2,64	2,81	2,34	1,63	1,73	0,08 ± 0,19
6-я	0,01	0,01	0,07	0,03	0,03	0,40	0,44	0,02	0,07	0,0	0,0	0,00	0,0	0,04	0,04 ± 0,04
7-я	0,07	0,06	0,05	0,03	0,04	0,05	0,04	0,05	0,07	0,0	0,0	0,04	0,0	0,04	0,04 ± 0,01
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,03	0,02	0,02	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01 ± 0,00
10-я	0,06	0,01	0,0	0,01	0,01	0,11	0,12	0,17	0,07	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04 ± 0,01
11-я	0,04	0,01	0,01	0,01	0,12	0,08	0,14	0,12	0,07	0,10	0,05	0,0	0,24	0,04	0,07 ± 0,02
Итого	1,77	2,19	1,95	1,51	2,08	2,76	2,96	2,66	3,82	3,25	3,15	2,95	2,16	2,08	2,52 ± 0,18

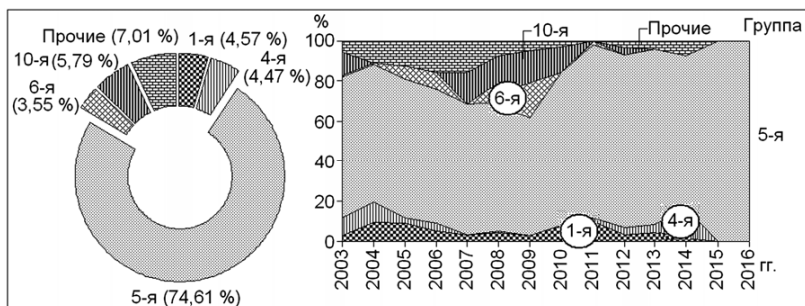


Рис. 9. Структура (слева) и динамика структуры диспансерного наблюдения военнослужащих-женщин с психическими расстройствами

Госпитализация. Среднегодовой уровень госпитализации военнослужащих-женщин с психическими расстройствами был $(2,52 \pm 0,18) \%$, Полиномиальный тренд уровня госпитализации военнослужащих-женщин с психическими расстройствами при коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,54$) напоминает пологую инвертируемую U-кривую (рис. 10) с максимальными значениями в 2011–2012 гг.

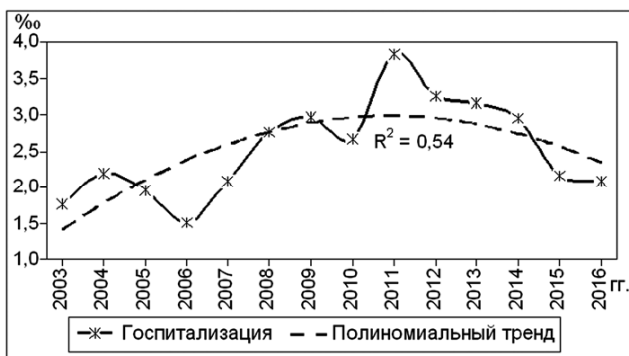


Рис. 10. Уровень госпитализации военнослужащих-женщин с психическими расстройствами

Среднегодовые показатели уровня госпитализации военнослужащих-женщин по группам психических расстройств представлены в табл. 5. Наибольшие показатели госпитализации были у военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств – $(1,67 \pm 0,16) \%$.

Полиномиальный тренд уровня госпитализации военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств при невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,45$) указывает на тенденцию увеличения данных (рис. 11).



Рис. 11. Уровень госпитализации военнослужащих-женщин со 5-й группой психических расстройств

В военных госпиталях проходили обследование и лечение 98,2 % военнослужащих-женщин с психическими расстройствами, в лазаретах войсковых частей – 1,8 %.

На рис. 12 изображена структура госпитализации военнослужащих-женщин с психическими расстройствами. Оказалось, что 6 групп болезней (1–6-я) определили 92,8 % вклада госпитализации, в том числе психические расстройства 5-й группы – 62,1 %, из них невротические расстройства – 38,5 %, соматоформные – 23,6 %.

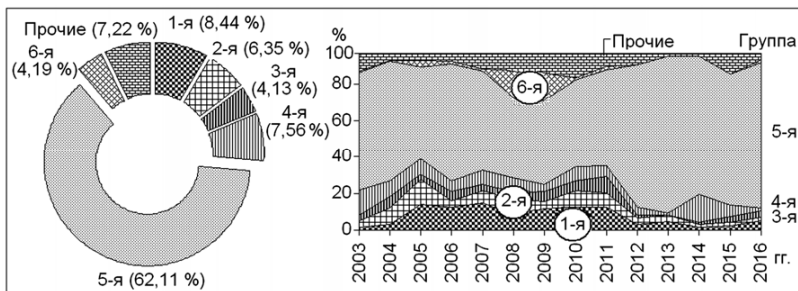


Рис. 12. Структура (слева) и динамика структуры госпитализации военнослужащих-женщин с психическими расстройствами

Трудопотери. Среднегодовой уровень трудопотерь в днях военнослужащих-женщин с психическими расстройствами был ($66,4 \pm 5,8$) %. Полиномиальный тренд трудопотерь при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,42$) напоминает пологую инвертируемую U-кривую с максимальными значениями в 2012–2014 гг. и показывает увеличение дней трудопотерь (рис. 13).

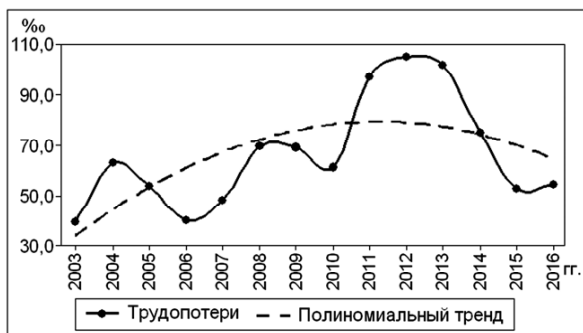


Рис. 13. Уровень трудопотерь в днях военнослужащих-женщин с психическими расстройствами

Среднегодовые показатели уровня трудопотерь военнослужащих-женщин по группам психических расстройств представлены в табл. 6. Наибольшие показатели госпитализации были у военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств – ($40,3 \pm 4,0$) %. Полиномиальный тренд психических расстройств 5-й группы при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,39$) указывает на увеличение дней трудопотерь (рис. 14).



Рис. 14. Уровень трудопотерь в днях военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств

Таблица 6

Уровень трудопотерь в днях женщин-военнослужащих с психическими расстройствами (%)

Группа	Год													2003–2016	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2016
1-я	0,93	3,23	9,51	4,46	9,10	8,09	6,71	5,39	8,97	2,44	2,61	3,32	0,49	1,44	4,8 ± 0,9
2-я	1,06	3,82	6,74	1,11	2,04	2,52	2,66	5,30	5,26	5,28	3,06	0,57	0,89	0,95	2,9 ± 0,5
3-я	1,12	6,36	2,91	3,16	2,75	3,21	5,23	6,10	13,20	17,07	0,0	0,62	2,56	1,48	4,7 ± 1,3
4-я	5,22	7,75	5,04	2,32	1,46	6,40	3,84	6,15	6,86	4,32	4,39	4,27	6,43	4,61	4,9 ± 0,5
5-я	27,01	38,95	25,20	25,94	29,37	32,54	33,78	29,76	53,05	73,47	54,40	61,35	35,18	44,80	40,3 ± 4,0
6-я	0,29	0,92	1,64	1,11	1,06	9,01	10,15	0,83	2,93	0,0	0,0	0,12	0,0	0,21	2,0 ± 0,9
7-я	2,33	1,53	1,54	1,45	1,14	0,89	0,79	1,07	1,67	0,0	0,0	0,25	0,0	0,18	0,9 ± 0,2
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,43	0,20	0,00	0,87	0,60	0,81	1,26	0,0	0,0	0,25	0,0	0,0	0,3 ± 0,1
10-я	0,37	0,0	0,0	0,22	0,73	3,55	2,26	3,11	1,82	2,24	0,0	0,0	0,24	0,0	1,0 ± 0,3
11-я	1,07	0,33	0,59	0,20	0,37	2,44	3,08	2,47	2,08	0,0	37,25	4,31	7,08	0,95	4,4 ± 2,6
Итого	39,41	62,90	53,60	40,17	48,01	69,52	69,11	61,00	97,09	104,82	101,71	75,05	52,87	54,62	66,4 ± 5,8

Таблица 7

Уровень увольняемости по состоянию здоровья женщин-военнослужащих с психическими расстройствами (%)

Группа	Год													2003–2016	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		2016
1-я	0,06	0,04	0,10	0,16	0,13	0,11	0,07	0,10	0,11	0,10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,07 ± 0,01
2-я	0,05	0,01	0,05	0,01	0,04	0,0	0,04	0,02	0,04	0,10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,03 ± 0,01
3-я	0,05	0,04	0,04	0,07	0,10	0,08	0,05	0,07	0,33	0,0	0,0	0,0	0,08	0,07	0,07 ± 0,02
4-я	0,04	0,03	0,01	0,01	0,0	0,02	0,0	0,0	0,0	0,10	0,0	0,0	0,04	0,0	0,02 ± 0,01
5-я	0,09	0,10	0,20	0,18	0,25	0,09	0,12	0,10	0,11	0,51	0,05	0,16	0,08	0,14	0,16 ± 0,03
6-я	0,0	0,01	0,04	0,01	0,01	0,03	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01 ± 0,00
7-я	0,01	0,04	0,04	0,01	0,04	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01 ± 0,00
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02	0,04	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01 ± 0,01
11-я	0,0	0,0	0,01	0,0	0,03	0,0	0,0	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Итого	0,30	0,28	0,50	0,46	0,62	0,36	0,33	0,33	0,59	0,81	0,05	0,16	0,20	0,21	0,37 ± 0,05

На рис. 15 изображена структура трудопотерь военнослужащих-женщин с психическими расстройствами. Оказалось, что 7 групп болезней (1–6-я и 11-я) определили 95,8 % вклада трудопотерь, в том числе психические расстройства 5-й группы – 58,6 %.

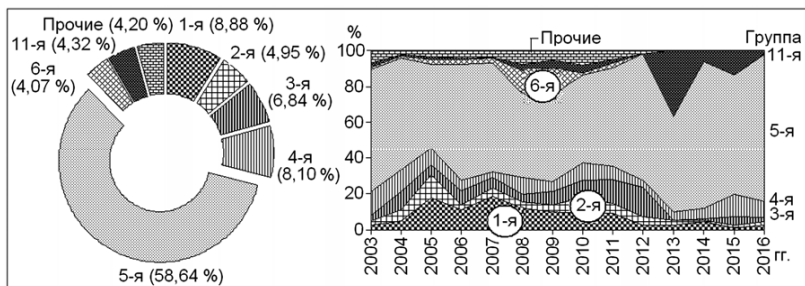


Рис. 15. Структура (слева) и динамика структуры трудопотерь в днях военнослужащих-женщин с психическими расстройствами

Увольняемость. Среднегодовой уровень увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих-женщин с психическими расстройствами был $(0,37 \pm 0,05) \%$. Полиномиальный тренд уровня увольняемости военнослужащих-женщин с психическими расстройствами при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,27$) напоминает пологую инвертируемую U-кривую и демонстрирует уменьшение показателей (рис. 16).

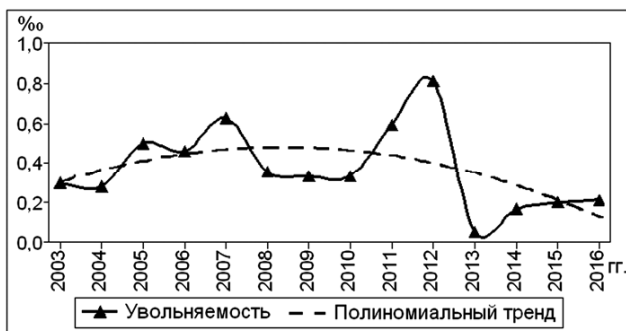


Рис. 16. Уровень увольняемости военнослужащих-женщин с психическими расстройствами

Можно также выделить периоды относительной стабильности показателей в 2003–2006 гг., подъема данных в 2007–2012 г. и тенденции к их

снижению с 2012 г., что возможно было связано с завершением неудачных организационных реформ в Вооруженных силах России и ростом в последние годы престижности военной службы.

Среднегодовые показатели уровня увольняемости военнослужащих-женщин по группам психических расстройств представлены в табл. 7. Наибольшие показатели увольняемости были у военнослужащих-женщин с 1-, 3-й и 5-й группой психических расстройств – $(0,07 \pm 0,01)$, $(0,07 \pm 0,02)$ и $(0,16 \pm 0,03)$ % соответственно.

Полиномиальные тренды увольняемости военнослужащих-женщин по основным группам психических расстройств демонстрируют уменьшение или стабилизацию показателей. На рис. 17 представлена динамика увольняемости военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств: полиномиальный тренд при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,05$) приближается к горизонтальной линии и показывает тенденцию стабилизации низких данных.



Рис. 17. Уровень увольняемости военнослужащих-женщин с 5-й группой психических расстройств

На рис. 18 изображена структура увольняемости военнослужащих-женщин с психическими расстройствами. Оказалось, что 7 групп болезней (1–7-я) определили 97 % вклада увольняемости по состоянию здоровья.

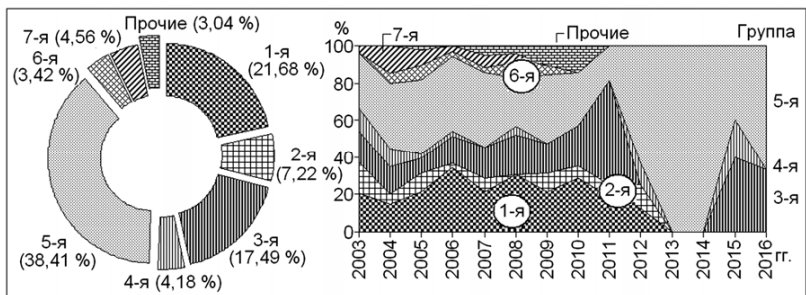


Рис. 18. Структура (слева) и динамика структуры увольнения женщин с психическими расстройствами

Уместно заметить, что в структуре увольнения женщин с психическими расстройствами невротические расстройства были причиной в 30,4 % случаев, соматоформные – в 8 %.

Смертность. Коэффициент смертности всех военнослужащих-женщин составил $(69,3 \pm 5,4)$ на 100 тыс. женщин в год. Этот показатель среди женщин трудоспособного возраста в России был (279 ± 11) . За анализируемый период официально не были учтены случаи смертности военнослужащих-женщин по причине психических расстройств.

Обобщенная оценка. Вклад групп психических расстройств у военнослужащих-женщин в структуру обобщенных показателей расстройств здоровья показан в табл. 8.

Проведенные расчеты показали, что 92,4 % в сформированной нами комплексной структуре показателей нарушений психического здоровья военнослужащих-женщин занимали 1–6-я группы расстройств (рис. 19). Это не явилось особой неожиданностью, так как почти все перечисленные группы были ведущими в структуре показателей нарушений психического здоровья. Например, доля психических расстройств 5-й группы составила 41,5 %, 2-й – 30,6 %.

Таблица 8

Вклад в структуру обобщенных показателей нарушений здоровья групп психических расстройств у военнослужащих-женщин, % (ранг)

Группа	Заболеваемость		Диспансерное наблюдение	Госпитализация	Трудопотери, день	Увольняемость	Обобщенный показатель
	общая	первичная					
1-я	4,45 (3-й)	7,27 (3-й)	2,44 (6-й)	8,44 (2-й)	8,88 (2-й)	21,68 (2-й)	10,69 (2-й)
2-я	2,70 (5-й)	3,50 (4-й)	4,57 (3-й)	6,35 (4-й)	4,95 (5-й)	7,22 (4-й)	5,22 (5-й)
3-я	1,62 (8-й)	2,34 (8-й)	1,32 (8-й)	4,13 (6-й)	6,84 (4-й)	17,49 (3-й)	7,32 (3-й)
4-я	6,78 (2-й)	8,22 (2-й)	4,47 (4-й)	7,56 (3-й)	8,1 (3-й)	4,18 (6-й)	6,21 (4-й)
5-я	75,82 (1-й)	69,18 (1-й)	74,61 (1-й)	62,11 (1-й)	58,64 (1-й)	38,41 (1-й)	59,60 (1-й)
6-я	2,22 (6-й)	2,98 (5-й)	3,55 (5-й)	4,19 (5-й)	4,07 (7-й)	3,42 (7-й)	3,41 (6-й)
7-я	1,26 (9-й)	1,31 (9-й)	1,83 (7-й)	1,90 (9-й)	1,99 (8-й)	4,56 (5-й)	2,49 (8-й)
8-я	0 (11-й)	0,04 (11-й)	0 (11-й)	0,06 (11-й)	0 (11-й)	0 (10/11-й)	0,01 (11-й)
9-я	0,20 (10-й)	0,28 (10-й)	0,30 (10-й)	0,44 (10-й)	0,52 (10-й)	0 (10/11-й)	0,25 (10-й)
10-я	2,87 (4-й)	2,38 (7-й)	5,79 (2-й)	2,03 (8-й)	1,69 (9-й)	1,52(8/9-й)	2,54 (7-й)
11-я	2,08 (7-й)	2,50 (6-й)	1,12 (9-й)	2,79 (7-й)	4,32 (6-й)	1,52(8/9-й)	2,26 (9-й)

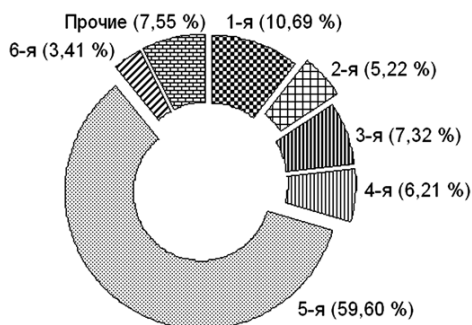


Рис. 19. Структура обобщенной оценки военнослужащих-женщин с психическими расстройствами (2003–2016 гг.)

Вызывает затруднения сопоставление полученных данных с аналогичными показателями у военнослужащих-мужчин, так как, в статистических формах отчетности раздельно оценивается состояние здоровья военнослужащих-мужчин по контракту и мужчин, проходящих военную службу на офицерских должностях, при том что здоровье военнослужащих-женщин оценивается вне зависимости от занимаемых ими должностей.

Оценка психического здоровья военнослужащих-женщин по сравнению с мужчинами будет проведена после завершения исследований психического здоровья военнослужащих по контракту и обобщения полученных ранее результатов.

Однако уже сейчас можно сделать выводы, что для снижения уровня увольняемости военнослужащих-женщин по психическим расстройствам, в первую очередь, необходимо усилить психопрофилактическую работу в отношении невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств.

Заключение

За 14 лет (2003–2016 гг.) среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих-женщин составил $(10,31 \pm 0,62)$ %, уровень первичной заболеваемости – $(4,21 \pm 0,37)$ %, уровень динамического диспансерного наблюдения – $(1,60 \pm 0,18)$ %, госпитализации – $(2,52 \pm 0,18)$ %, уровень трудопотерь в днях – $(66,4 \pm 5,8)$ %, уровень увольняемости – $(0,37 \pm 0,05)$ %.

Полиномиальные тренды перечисленных показателей расстройств здоровья показывали тенденции их увеличения. Возможно, профессиональная деятельность военнослужащих-женщин была сопряжена с чрезмерным напряжением функциональных резервов организма и высокими рисками развития у них психических расстройств здоровья.

Отмечается невысокая доля психической заболеваемости (1–4 %) в структуре основных показателей нарушений здоровья (14-е место из 15 проанализированных классов по МКБ-10) военнослужащих-женщин, однако их доля увольняемости по психическим расстройствам сохраняется на высоком уровне и занимает 8-е место среди всех заболеваний.

Проведенные расчеты показали, что 92,4 % в сформированной нами комплексной структуре показателей нарушений психического здоровья военнослужащих-женщин занимали 1–6-я группы психических расстройств. Необходимо оптимизировать психопрофилактические мероприятия указанных заболеваний.

Литература

1. Булка К.А., Булка А.П., Лобачев А.В. [и др.]. Оценка стрессоустойчивости военнослужащих-женщин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад.. 2010. № 2 (30). С. 170–172.
2. Модникова И.В. Женщины в вооруженных силах США : автореф. дис. ... канд. истор. наук. М., 1994. 22 с.

3. Назаров С.С., Булка А.П., Шмидт А.А. [и др.]. Качество жизни и особенности профессионального здоровья военнослужащих-женщин // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2010. № 2 (30). С. 96–98.

4. Павлова В.Г. О роли женщин в армии. М. : Воен. ун-т Минобороны РФ. URL:// <http://maxpark.com/user/159933802/content/717642>.

5. Пешков В.В., Деренчук В.В. Гендерные тенденции в процессе завершения формирования нового облика Вооруженных сил Российской Федерации // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2014. № 2. С. 84–89.

6. Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и учреждений в ... / Гл. воен.-мед. упр. Минобороны России. М., 2004–2017.

7. Сивашенко П.П., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г. Основные показатели нарушений здоровья военнослужащих-женщин (2003–2015 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. 2017. № 1. С. 5–21.

8. Сивашенко П.П., Иванов В.В., Борисов Д.Н., Барановский А.М. Основные показатели состояния здоровья военнослужащих-женщин в 2008–2013 гг. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. 2015. № 3 (51). С. 166–172.

9. Шамрей В.К., Костюк Т.П., Гончаренко А.Ю. [и др.]. Мониторинг психического здоровья военнослужащих на различных этапах прохождения военной службы // Воен.-мед. журн. 2011. Т. 332, № 6. С. 53–58.

10. Шелепов А.М., Абашин В.Г., Цвелев Ю.В. [и др.]. Женщина и армия (история, современность, перспективы). СПб. : ВМедА, 2005. 209 с.

11. Bond E.F. Women's physical and mental health sequellae of wartime service (Review) // Nursing Clinics of North America. 2004. Vol. 39, Issue 1. P. 53–68.

12. Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center. – 2015. – Vol. 22, N 4. – 36 p.

13. Pierce P.F. Monitoring the health of Persian Gulf War veteran women (Review) // Military Medicine. 2005. Vol. 170, Issue 5. P. 349–354.

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

Поступила 28.02.2017

Для цитирования. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко П.П., Григорьев С.Г., Лобачев А.В. Показатели психического здоровья военнослужащих-женщин (2003–2016 гг.) // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 74–98.

INDICATORS OF MENTAL HEALTH OF FEMALE SERVICEMEN (2003–2016)

Shamrey V.K.¹, Evdokimov V.I.², Sivaschenko P.P.¹,
Grigoriev S.G.¹, Lobachev A.V.¹

¹Kirov Military Medical Academy
(Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, Russia);

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

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy Russia (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru;

Pavel Pavlovich Sivashchenko – PhD Med. Sci., Kirov Military Medical Academy Russia (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: pavel-siv@yandex.ru;

Stepan Grigorievich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gsg_rj@mail.ru.

Aleksander Vasilievich Lobachev – PhD Med. Sci., Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: doctor.lobachev@gmail.com;

Abstract. We conducted a random statistical analysis of medical reports on the health of personnel and medical service activity in the form of 3/MED of military units, which accounted for about 60 % of the total number of female servicemen in the Armed Forces of Russia from 2003 to 2016. The analysis of the decline in female servicemen's health showed that the average annual level of the total incidence of mental disorders among female servicemen was $(10.31 \pm 0.62) \%$, the primary morbidity rate – $(1.60 \pm 0.18) \%$, the level of dynamic dispensary observation – $(1.60 \pm 0.18) \%$, the hospitalization rate – $(2.52 \pm 0.18) \%$, the level of work losses in days – $(66.4 \pm 5.8) \%$, the level of dismissal – $(0.37 \pm 0.05) \%$. The polynomial trends of the above indicators of health disorders showed the tendencies of their increase. There is the low rate of mental morbidity in the structure of the basic indicators of health disorders in women servicemen, however their dismissal rate due to mental disorders remains at a high level. The conducted calculations showed that 92.4 % of the complex structure of indicators of mental health disorders of the military servicemen-women that we have defined: organic, including symptomatic, mental disorders (10.7 %); mental and behavioural disorders associated with the use of psychoactive substances (5.2 %); schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (7.3 %); mood (affective) disorders (6.2%); neurotic, stress-related and somatoform disorders (59.6 %); behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (3.4 %).

Keywords: psychiatry, military medicine, mental disorders, morbidity, hospitalization, lost work time, dismissal, mortality

References

1. Bulka K.A., Bulka A.P., Lobachev A.V. [et al.]. Otsenka stressoustoichivosti voennosluzhashchikh-zhenshchin [Evaluation of military women's resistance to

stress]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of Russian Military medical Academy]. 2010. N 2. Pp. 170–172. (In Russ.)

2. Modnikova I.V. Zhenshchiny v vooruzhennykh silakh SShA [Women in the US Armed Forces] : Abstract dissertation PhD Historical Sci. Moskva. 1994. 22 p. (In Russ.)

3. Nazarov S.S., Bulka A.P., Schmidt A.A. [et al.]. Kachestvo zhizni i osobennosti professional'nogo zdorov'ya voennosluzhashchikh-zhenshchin [Life quality and peculiarities of military women's professional health]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of Russian Military Medical Academy]. 2010. № 2. Pp. 96–98. (In Russ.)

4. Pavlova V.G. O roli zhenshchin v armii [On the role of women in the army]. Moskva. URL:// <http://maxpark.com/user/159933802/content/717642>. (In Russ.)

5. Peshkov V.V., Derenchuk V.V. [Gender trends in the process of completing the formation of a new image of the Armed Forces of the Russian Federation]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2014. N 2. Pp. 84–89. (In Russ.)

6. Pokazateli sostoyaniya zdorov'ya voennosluzhashchikh Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii, a takzhe deyatelnosti voenno-meditsinskikh podrazdelenii, chastei i uchrezhdenii v ... [Health indicators of military men in the Russian Federation Armed Forces, as well as the activities of military medical units, units and institutions in the...] Glavnoe voenno-meditsinskoe upravlenie Minoborony Rossii [Main military medical directorate of the Russian Ministry of Defense]. Moskva. 2004–2017. (In Russ.)

7. Sivashchenko P.P., Evdokimov V.I., Grigoriev S.G. Osnovnye pokazateli narusheniya zdorov'ya voennosluzhashchikh-zhenshchin (2003–2015 gg.) [Main Indicators of Health Disorders in Women Soldiers (2003–2015)]. *Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations* [Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh]. 2017. N 1. Pp. 5–21.

8. Sivashchenko P.P., Ivanov V.V., Borisov D.N., Baranovskii A.M. Osnovnye pokazateli sostoyaniya zdorov'ya voennosluzhashchikh-zhenshchin v 2008–2013 gg. [Basic indices of service women disease incidence in 2008–2013]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of Russian Military medical Academy]. 2015. N 3. Pp. 166–172. (In Russ.)

9. Shamrey V.K., Kostyuk G.P., Goncharenko A.Yu. [et al.]. Monitoring psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh na razlichnykh etapakh prokhozhdeniya voennoi sluzhby [Servicemen mental health monitoring in different stages of military service]. *Voenno-meditsinskii zhurnal* [Military medical journal]. 2011. Vol. 332, N 6. Pp. 53–58. (In Russ.)

10. Shelepov A.M., Abashin V.G., Tsvelev Yu.V. [et al.]. Zhenshchina i armiya (istoriya, sovremennost', perspektivy) [Women and Army (Past, Present and Future)]. Sankt-Peterburg. 2005. 209 p. (In Russ.)

11. Bond E.F. Women's physical and mental health sequellae of wartime service (Review). *Nursing Clinics of North America*. 2004. Vol. 39, Issue 1. Pp. 53–68.

12. Medical Surveillance Monthly Report / Armed Forces Health Surveillance Center. 2015. Vol. 22, N 4. 36 p.

13. Pierce P.F. Monitoring the health of Persian Gulf War veteran women (Review). *Military Medicine*. 2005. Vol. 170, Issue 5. Pp. 349–354.

Received 28.02.2017

For citing. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Grigor'ev S.G., Lobachev A.V. Pokazateli psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh-zhenshchin (2003–2016 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2011. N 61. Pp. 74–98. (In Russ.)

Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Grigoriev S.G., Lobachev A.V. Indicators of mental health of female servicemen (2003–2016). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 61. Pp. 74–98.

УДК 159.9 : 616.89-07 А.В. Лобачев¹, С.А. Никольская¹, А.А. Корнилова²

АЙТРЕКИНГ В ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

² Военный институт (инженерно-технический) военной академии
материально-технического обеспечения им. генерала армии А.В. Хрулева
(Россия, Санкт-Петербург, Захарьевская ул., д. 22)

Представлен обзор отечественной и зарубежной литературы в области изучения глазодвигательных реакций у пациентов с психическими расстройствами. Оценена целесообразность использования данного метода в психиатрической практике. Приведены результаты исследований глазодвигательных характеристик с наибольшей клинической значимостью. Определены нозологические формы, при которых данный метод диагностики является наиболее перспективным на различных, в том числе ранних, этапах заболевания.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психиатрия, психические расстройства, инструментальная диагностика, айттрекинг, глазодвигательные реакции.

✉ Лобачев Александр Васильевич – канд. мед. наук, докторант каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: doctor.lobachev@gmail.com;

Никольская Софья Андреевна – ординатор каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: sofia.nikol13@gmail.com;

Корнилова Анна Анатольевна – канд. мед. наук, Воен. ин-т (инж.-техн.) Воен. акад. материально-техн. обеспечения им. генерала армии А.В. Хрулева (Россия, 191123, Санкт-Петербург, Захарьевская ул., д. 22), e-mail: ankorn7@yandex.ru.

В настоящее время основным общепринятым методом диагностики психических расстройств является клинико-психопатологический, однако бурное развитие информационных технологий позволяет поставить на службу психиатрии новые технологии, которые ранее широко не использовались в медицине. Выполнен анализ научных исследований в области изучения глазодвигательных реакций у пациентов с психическими расстройствами. Перспективность исследований в данной области определяет в первую очередь неинвазивность метода, что удовлетворяет требованиям работы с больными психиатрического профиля с учетом их психологических особенностей, а также возможность автоматической обработки данных, которая исключает субъективность исследователя.

Айтрекинг (от англ. «eye tracking» – отслеживание глаз), который берет свое начало от исследований в области физиологии зрительного анализатора, уже зарекомендовал себя в качестве эффективного и простого в эксплуатации метода исследования в таких областях, как экспериментальная психология, психолингвистика, нейронауки, маркетинг, эргономика, спорт и т. д. С помощью аппаратно-программного комплекса, использующего айтрекинг в ходе наблюдения за пациентом, которому предъявляется визуальный стимульный материал, осуществляется регистрация различных показателей макро- и микродвижений глаз: число и продолжительность фиксаций (устойчивое положение глаз), скорость и направление саккад (резкое перемещение взгляда из одной позиции в другую), частота микро-саккад и др. Важно отметить, что эти параметры носят устойчивый характер и являются показателями индивидуальной стратегии микродвижений глаз во время предъявления стимульного материала.

Введение такой меры позволяет количественно оценивать индивидуальные особенности движения глаз наблюдателя, связанные с внутренними, а не внешними факторами [1]. В отличие от исследований XX в., в настоящее время для регистрации движений глаз используют видеокамеры и специальное программное обеспечение. В зависимости от технических возможностей аппаратно-программного комплексов осуществляют видеосъемку с различной частотой сканирования (от 30 до 1250 Гц) [3].

Об особенностях движения взгляда у лиц с психическими расстройствами известно давно. Так, больные шизофренией испытывают сложности при отслеживании глазами объектов, которые медленно и плавно движутся перед ними. Их взгляд имеет тенденцию задерживаться позади объекта, а затем быстрым движением перемещаться на объект (баллистическое движение глаз). Во время теста с осмотром картинки больной шизоф-

рений отклоняется от обычных моделей наблюдения, свойственных большинству людей. Кроме того, таким больным сложно удерживать взгляд на одном предмете продолжительное время. Данные, полученные исследователями Абердинского университета (Великобритания) при проведении таких тестов, позволили установить диагноз шизофрении с точностью в 87,8 %, вне зависимости от пола испытуемых, приема медикаментов и длительности течения заболевания [15]. Это исследование в перспективе должно помочь ускорить процесс и снизить стоимость диагностики шизофрении во много раз. В данный момент это исследование продолжено для определения возможности использования данной методики для выявления психического заболевания на ранней стадии его развития.

В 2011 г. группой исследователей [9] были выявлены особенности восприятия у пациентов с шизофренией. Для них было характерно отсутствие определяющей роли социально-эмотивных компонентов в процессе восприятия – их привлекали яркие и заметные, но малоинформативные предметы обстановки или области лица. При восприятии социальных сцен у данных пациентов не было обнаружено фиксаций на социально информативных зонах и автоматического деления изображения на значимые и незначимые элементы, т. е. переработка информации у больных шизофренией происходит менее эффективно, чем у здоровых людей.

На основе своих исследований немецкие ученые разработали специальный тренинг по распознаванию эмоций – Training of Affect Recognition (TAR) для восстановления когнитивных функций у больных шизофренией [32]. Эффективность метода была доказана с помощью ЭЭГ, айтрекинга и ф-магнитно-резонансной томографии. Функциональные улучшения были особенно выражены в верхней теменной и нижней теменной долях, где паттернов активации мозга у обученных пациентов оказалось значительно больше, чем у группы контроля, не проходившей тренинг. Исходя из этого, пришли к выводу, что TAR активирует компенсаторные процессы головного мозга, участвующие в восприятии, внимании и оценке эмоциональных стимулов, и может быть использован в лечении и реабилитации больных шизофренией.

В это же время в Университете Лилля (Франция) изучался дефицит сосредоточения внимания при шизофрении [22]. Испытуемым предлагалось обнаружить отличия в изображениях. С помощью айтрекинга измерялись скорость и точность в поиске отличий. Несмотря на то что группа контроля быстрее сообщала о найденных отличиях, объективные данные свидетельствовали, что глаза больных шизофренией смещались в сторону

изменений быстрее, чем у здоровых лиц, однако увиденное ими либо не осознавалось вовсе, либо происходило со значительной задержкой, что свидетельствует о нарушении функции сознательного восприятия.

При проведении количественного анализа окулограмм было обнаружено [12], что больные шизофренией совершают достоверно больше некорректных саккад по вертикали, чем по горизонтали, тогда как у здоровых людей подобное отличие не обнаружено. На основе полученных данных ученые пришли к выводу, что патологические изменения мозга при шизофрении больше влияют на переднее двухолмие, чем на парамедианную ретикулярную формацию Варолиевого моста. Кроме того, оценка доли мультисаккад от общего количества саккадических движений может являться параметром, отражающим нейродегенеративные изменения нейрона черной субстанции при шизофрении.

В другой работе изучались отклонения в движениях глаз не только у пациентов с шизофренией, но и у их родственников 1-й степени родства [31]. В результате исследования еще раз была подтверждена гипотеза о специфичности саккадических движений глаз у пациентов с шизофренией. Однако достоверных отличий между параметрами движения глаз у родственников больных шизофренией и у группы контроля найдено не было.

Учитывая, что тревожные расстройства сопровождаются нарушениями гамма-аминомасляной кислоты эргической системы и тот факт, что генерация саккад в основном контролируется корой и верхним бугром четверохолмия, можно ожидать отклонения параметров саккад при данном заболевании. Группа отечественных исследователей установили [10], что пациенты с тревожным расстройством (не принимающие медикаментозную терапию) демонстрируют сниженную эффективность выполнения произвольных саккад по горизонтали. Оперативность выполнения заданий у пациентов была также достоверно ниже, чем у здоровых лиц, а продолжительность фиксации при совершении саккад по горизонтали у них достоверно больше, чем в группе контроля.

В дальнейшем [11] эти же ученые проверили гипотезу о том, что при патологической тревоге имеются специфические характеристики движений глаз при распознавании отдельно предъявляемых лицевых экспрессий, и доказали, что точность распознавания эмоции «страх» в экспериментальной группе достоверно выше, чем в группе контроля, при этом высокоинформативной нижней части лица больные с тревожными расстройствами уделяют меньше внимания, а области глаз и носа – больше, чем в норме.

Основываясь на гипотезе, что при социофобии происходит процесс усиленной обработки необъективной информации и изменение распределения внимания, ряд исследователей установили [25], что у пациентов с данным расстройством выражена фиксация на отрицательных стимулах, а также отсутствует переключаемость внимания на положительные стимулы, по сравнению с контрольной группой. При этом общая продолжительность фиксаций взгляда на негативных раздражителях напрямую коррелировала с уровнем тревожности, диагностированной по психометрическим шкалам.

Похожее исследование в отношении лиц с обсессивно-компульсивным расстройством показало, что эти пациенты обнаруживают раздражители не быстрее, чем группа контроля, но как только угроза ими идентифицирована, они дольше удерживают внимание на соответствующих стимулах [16]. Противоречащие данные были получены при исследовании пациентов с фобией загрязнения. Они, напротив, чаще и менее продолжительно фиксировали взгляд на объектах, связанных со своим страхом [14].

Изучение особенностей внимания у пациентов с булимией показало, что, по сравнению со здоровыми лицами, они обнаруживали калорийную пищу быстрее, чем низкокалорийную и непищевые продукты, при этом они тут же стремились отвести взгляд от калорийной пищи [24]. На основе этих результатов исследователи сделали вывод, что такой паттерн «фиксация – избегание» может быть фактором развития и персистирования симптомов булимии, а также усиливать когнитивный конфликт с тягой к перееданию.

В исследовании дисморфофобии в структуре нервной анорексии взгляд пациентов первоначально и значительно дольше фиксировался на худых людях, затем на полных и только в последнюю очередь – на их социальном взаимодействии, в отличие от группы здоровых людей, чье внимание сразу было направлено непосредственно на происходящее действие [30]. Это соотношение не менялось и при трех экспериментальных предъявлениях, однако после проведения адекватной психофармакотерапии распределение внимания пациентов приблизилось к показателям здоровых лиц, что позволяет использовать данный метод для контроля эффективности лечения расстройств пищевого поведения.

Гипотеза о смещении внимания на угрожающие стимулы при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) известна давно, однако эмпирические доказательства этого явления были достаточно противоре-

чивыми. В 2013 г. коллектив исследователей под руководством Т. Армстронга установил [13], что военнослужащие с посттравматическим стрессовым расстройством показывали достоверно худшие результаты по обнаружению целевого стимула после предъявления им изображений с военнo-боевой тематикой. Это исследование наглядно демонстрирует повышенную фиксацию внимания данных пациентов на связанных с угрозой раздражителях и трудность переключения внимания в течение длительного периода времени.

При изучении биполярного расстройства было установлено [20], что независимо от характера текущего эпизода и приема психотропных препаратов у пациентов отмечалось более активное распределение внимания на угрожающих стимулах, по сравнению с группой здоровых лиц. При этом пациенты в маниакальном эпизоде устойчиво демонстрировали более частую и продолжительную фиксацию внимания на конгруэнтных настроению изображениях.

Когнитивные теории депрессии предполагают, что при депрессивных расстройствах происходит патологическая фиксация внимания на негативной информации, что является важным диагностическим маркером для данного заболевания. Так, в исследовании, проведенном ирландскими учеными [23], было показано, что для здоровых людей характерна более длительная фиксация взгляда на счастливых лицах, чем у пациентов, страдающих депрессией. При этом не было выявлено различий в первоначальной фиксации внимания на счастливых лицах между группой контроля и пациентами в ремиссии, что говорит об обратимости процесса. В другом исследовании пациентов с большим депрессивным эпизодом было установлено, что пациенты с депрессией отличались большей частотой фиксаций и средней продолжительностью фиксации в зрительных задачах на поиск целевого стимула, а также демонстрировали более низкую точность выполнения заданий, чем группа контроля [17].

Особенности функционирования саккадной системы были выявлены как в процессе естественных возрастных изменений, так и при болезни Паркинсона. В ходе проводившихся исследований [5] были получены следующие закономерности: значения латентных периодов саккад уменьшаются от 17 к 40 годам и увеличиваются после 40 лет. Параметры произвольных движений глаз уменьшаются и с возрастом, и при болезни Паркинсона. При этом у таких пациентов происходит суммирование естественных и патологических нейродегенеративных процессов. Об этом свидетельствует тот факт, что в случае клинического дебюта болезни Паркинсо-

на в более старшем возрасте нарушение функционирования глазодвигательной системы выражено ярче, чем у молодых пациентов.

В другом исследовании с помощью айтрекинга удалось выявить ранние признаки болезни Альцгеймера [18]. В экспериментах участвовали пациенты с болезнью Паркинсона и болезнью Альцгеймера, а также группа здоровых лиц. Пациенты, страдающие болезнью Альцгеймера, совершали ошибки при выполнении упражнения на анти-саккады (взгляд в противоположную сторону от перемещающейся точки) и были не в состоянии их скорректировать, что напрямую коррелировало с ухудшением у них пространственной рабочей памяти. Данный метод позволяет быстро и эффективно проводить дифференциальную диагностику болезни Паркинсона и болезни Альцгеймера, обнаружить нарушения функции памяти и даже предсказать баллы по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE).

Аномалия направления взгляда у детей с аутизмом была доказана в исследовании под руководством К. Пирс [29]. Дети с аутизмом значительно дольше смотрели на геометрические фигуры, чем нормально развивающиеся дети; если ребенок тратил 68,6 % или больше времени на рассмотрение геометрических фигур, то это с большой вероятностью предсказывало у него диагноз аутизма к двум годам. В дальнейших исследованиях этот метод показал свою эффективность для детей в возрасте 9 мес, что намного опережает принятые на сегодня сроки диагностики аутизма [21].

При помощи трекинга глаз и регистрации внимания может проводиться и диагностика аддиктивной патологии. Группой исследователей [8] было доказано, что поведение зависимых от компьютерных игр (количество морганий и фиксаций) имеет свои особенности, в частности «зрительное» поведение в условиях контакта с аддиктивным агентом (компьютерной игрой), по сравнению с контрольной группой. При исследовании алкогольной зависимости были обнаружены достоверные различия в фиксации взгляда на стимулах, содержащих алкогольную тематику, между группами злоупотребляющих алкоголем и пьющими нерегулярно [33]. Аналогичные результаты были получены при сравнении группы лиц, злоупотребляющих алкоголем, и пациентов с синдромом зависимости от алкоголя [19]. У опиоидных наркоманов так же, как и у зависимых от алкоголя, отмечалась повышенная реакция и фиксация внимания на релевантных стимулах [26].

Исследование когнитивных функций показало [4], что у группы испытуемых с высокими когнитивными способностями саккады имеют более

высокую скорость и более выраженную амплитуду при выполнении зрительных задач, чем у группы с низкими когнитивными способностями. Кроме того, в группе испытуемых с высокими когнитивными способностями были обнаружены отрицательные корреляции между средней величиной диаметра зрачка, с одной стороны, и показателями средней амплитуды перемещения взгляда, общего количества саккад и частоты появления фиксаций – с другой.

В настоящее время активно проводятся исследования по определению недостоверности информации с помощью регистрации движения глаз. В психиатрической практике эта проблема приобретает особую значимость [6], так как неискренность ответов обследуемых встречается довольно часто, например у больных с суицидными тенденциями, расстройствами личности, у лиц с малой устойчивостью к стрессу, повышенной тревожностью, невротическими и аддиктивными расстройствами, и может оказать негативный эффект на результаты диагностики и лечения. Кроме того, необходимость исключать диссимуляцию или аггравацию симптомов психических расстройств возникает в области судебной психиатрии, а также при вынесении экспертных заключений о состоянии психического здоровья военнослужащих. По результатам одного из исследований было выявлено [2], что совпадение результатов, полученных на полиграфе и айтрекере достигает 80 %. Другие исследования, проведенные в течение последних 5 лет [27, 28], показали, что сокрытие информации и обман влияют на параметры морганий испытуемого: при произнесении ложных утверждений частота морганий уменьшается. Также у испытуемых наблюдаются характерные изменения параметров фиксаций взгляда в ходе рассматривания ими релевантных изображений. Результаты проведенных экспериментов под руководством А.С. Огнева [7] подтвердили возможность использования айтрекера в целях оценки достоверности информации.

Выводы

1. Несмотря на большое количество исследований с применением айтрекинга у пациентов с психическими расстройствами, неоднородность стимульного материала, исследуемых параметров, недостаточные размеры и нерепрезентативные выборки не позволяют утверждать об однозначной диагностической эффективности данной технологии при всех психических расстройствах.

2. Наибольшая диагностическая значимость результатов демонстрируется при изучении паттернов движения глаз у пациентов с заболеваниями

ми шизофренического круга и аутизма. Перспективно использовать технологию для дифференциальной диагностики болезни Паркинсона и болезни Альцгеймера.

3. Ряд исследований показывают, что метод айтрекинга возможно использовать для диагностики психических расстройств на ранних этапах, что имеет огромное профилактическое значение, особенно для военной психиатрии.

Литература

1. Беляев Р.В., Колесов В.В. Анализ траектории микродвижений глаз методом фрактальной дисперсии // Седьмая междунар. конф. по когнитивной науке : тез. докл. – Светогорск, 2016. – С. 144–146.

2. Жбанкова О.В., Гусев В.Б. Использование метода видеоокулографии (айтрекинга) для выявления скрываемой информации // Комплексная психолого-психофизиологическая судебная экспертиза: современное состояние и перспективы развития: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф. – Калуга, 2016. – С. 102–105.

3. Куликов И.А. Возможности применения трекинга глаз в образовании // Гуманитарная информатика. – 2013. – № 7. – С. 121–125.

4. Лещинская С.Б., Мацуга В.В., Куликов И.А. Психофизиологические корреляты поисковой активности: айтрекинг и электроэнцефалография // Новая наука: история становления, современное состояние, перспективы развития : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф. – Саратов, 2016. – С. 148–153.

5. Литвинова А.С., Ратманова П.О., Богданов Р.Р. Возрастные особенности глазодвигательных реакций в норме и при болезни Паркинсона. // Здоровье и образование в XXI веке. Сер.: Медицина. – 2014. – № 8. – С. 1–2.

6. Никольская С.А., Лобачев А.В. Перспективные методы определения признаков неискренности у лиц с психическими расстройствами // Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии : сб. ст. и тез. – СПб., 2015. – С. 208–210.

7. Огнев А.С., Венерина О.Г., Яковлев В.А. Использование инструментальной психодиагностики для оценки информационного контента // Вестн. Моск. гос. гуманит. ун-та им. М.А. Шолохова. Сер.: Педагогика и психология. – 2012. – № 4. – С. 103–112.

8. Салихова М.А., Гришин С.Н. Айтрекинг, как средство диагностики зависимости от ролевых компьютерных игр // Поиск эффективных решений в процессе создания и реализации научных разработок в российской авиационной и ракетно-космической промышленности : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф. – Казань, 2014. – С. 327–329.

9. Селиванова М.С., Зотов М.В. Нарушение зрительного восприятия социальных сцен у больных шизофренией // База квалификационных работ студентов факультета психологии СПбГУ. СПб., 2011. – URL: <http://www.diplom.psy.spbu.ru/component/fabrik/details/1/1895/html>.

10. Шалагинова И.Г., Ваколюк И.А. Параметры произвольных саккад у пациентов с тревожными расстройствами // Айтрекинг в психологической науке и практике. – М., 2015. – С. 280–286.

11. Шалагинова И.Г., Ваколюк И.А. Характеристики движений глаз у пациентов с тревожными расстройствами при распознавании эмоций по лицевой экспрессии // *Экспериментальная психология*. – 2016. – № 2. – С. 107–121.
12. Швайко Д.А., Буденкова Е.А. Характерные особенности движений глаз при шизофрении: видеоокулографическое исследование // *Айтрекинг в психологической науке и практике*. – М., 2015. – С. 389–396.
13. Armstrong T., Bilsky S.A., Zhao M., Olatunji B.O. Dwelling on potential threat cues: an eye movement marker for combat-related PTSD // *Depress Anxiety*. – 2013. – Vol. 30, N 5. – P. 497–502.
14. Armstrong T., Sarawgi S., Olatunji B.O. Attentional bias toward threat in contamination fear: Overt components and behavioral correlates // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2012. – Vol. 121, N 1. – P. 232–237.
15. Benson P.J., Beedie S.A., Shephard E., St. Clair D. Simple viewing tests can detect eye movement abnormalities that distinguish schizophrenia cases from controls with exceptional accuracy // *Biological Psychiatry*. – 2012. – Vol. 72, N 9. – P. 716–724.
16. Bradley M.C., Hanna D., Wilson P., Scott G., Quinn P., Kevin F. Obsessive–compulsive symptoms and attentional bias: An eye-tracking methodology // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2016. – Vol. 50. – P. 303–308.
17. Chen S., Zhou R., Cui H., Chen X. Deficits in cue detection underlie event-based prospective memory impairment in major depression: an eye tracking study // *Psychiatry Research*. – 2013. – Vol. 209, N 3. – P. 453–458.
18. Crawford T., Higham S., Mayes J. [et al.]. The role of working memory and attentional disengagement on inhibitory control: effects of aging and Alzheimer’s disease // *AGE*. – 2012. – Vol. 17, N 1. – P. 1–14.
19. Fadardi J.S., Cox W.M. Alcohol attentional bias: drinking salience or cognitive impairment? // *Psychopharmacology*. – 2006. – Vol. 185, N 2. – P. 169–178.
20. García-Blanco A., Salmerón L., Perea M. Attentional capture by emotional scenes across episodes in bipolar disorder: Evidence from a free-viewing task // *Biological Psychology*. – 2015. – Vol. 108. – P. 36–42.
21. Gliga T., Bedford R., Charman T., Johnson M.H. Enhanced Visual Search in Infancy Predicts Emerging Autism Symptoms // *Current Biology*. – 2015. – Vol. 25, N 13. – P. 1727–1730.
22. Grandgenevrea P., Vaiva G., Boloix E., Bubrowszky M. Dissociation of explicit and implicit responses during a change blindness task in schizophrenia. // *Neuropsychologia*. – 2015. – Vol. 71. – P. 11–17.
23. Isaac L., Vrijzen J.N., Rinck M. [et al.]. Shorter gaze duration for happy faces in current but not remitted depression: Evidence from eye movements // *Psychiatry Research*. 2014. – Vol. 218, N 1. – P. 79–86.
24. Jiwon K., Kiho K., Jang-Han L. Time Course of Visual Attention to High-Calorie Virtual Food in Individuals with Bulimic Tendencies // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. – 2016. – Vol. 19, N 1. – P. 28–33.
25. Lin M., Hofmann S.G., Qian M. [et al.]. Attention allocation in social anxiety during a speech // *Cognition and Emotion*. – 2016. – Vol. 30, N 6. P. 1122–1136.

26. Lubman D.I., Peters L.A., Mogg K. [et al.]. Attentional bias for drug cues in opiate dependence // *Psychol Med.* – 2000. K Vol. 30, N 1. – P. 169-175.
27. Perelman B.S. Detecting deception via eyeblink frequency modulation // *Peer.* – 2014. – Vol. 2. – P. 260.
28. Peth J., Kim J., Gamer M. Fixations and eye-blinks allow for detecting concealed crime related memories. // *International Journal of Psychophysiology.* – 2013. – Vol. 88, N 1. – P. 96–103.
29. Pierce K., Conant D., Hazin R., Stoner R. Preference for geometric patterns early in life as a risk factor for autism // *Archives of General Psychiatry.* – 2011. – Vol. 68, N 1. – P. 101–109.
30. Pinhas L., Fok K.H., Chen A. [et al.]. Attentional biases to body shape images in adolescents with anorexia nervosa: an exploratory eye-tracking study // *Psychiatry Res.* – 2014. – Vol. 220, N 1. – P. 519–526.
31. Schwab S., Jost M., Altorfer A. Impaired top-down modulation of saccadic latencies in patients with schizophrenia but not in first-degree relatives // *Front. Behav. Neurosci.* – 2015. – Vol. 44, N 9. – P. 1–7.
32. Stroth S., Kamp D., Drusch K. [et al.]. Effects of training of affect recognition on the recognition and visual exploration of emotional faces in schizophrenia // *The World Journal of Biological Psychiatry.* – 2015. – Vol. 16, N 6. – P. 411–421.
33. Townshend J.M., Duka T. Attentional bias associated with alcohol cues: differences between heavy and occasional social drinkers // *Psychopharmacology.* – 2001. – Vol. 157, N 1. – P. 67–74.

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

Поступила 25.02.2017

Для цитирования. Лобачев А.В., Никольская С.А., Корнилова А.А. Айт-рекинг в диагностике психических расстройств // *Вестн. психотерапии.* 2017. № 61 (66). С. 98–112.

EYETRACKING IN THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS

Lobachev A.V.¹, Nikolskaya S.A.¹, Kornilova A.A.²

¹Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia);

²Khrulev Military Academy of Logistics (MI ET) (Zakharievskaya Str. 22, St. Petersburg, Russia)

✉ Aleksander Vasilievich Lobachev – PhD Med. Sci., Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Akademica Lebedeva Str., 6), e-mail: doctor.lobachev@gmail.com.

Sofya Andreevna Nikolskaya – resident, Psychiatry Department, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: sofia.nikol13@gmail.com;

Anna Anatolievna Kornilova - PhD Med. Sci., Khrulev Military Academy of Logistics (MI ET) (Zakharievskaya Str. 22, St. Petersburg, 191123, Russia), e-mail: ankorn7@yandex.ru.

Abstract. A literature overview of Russian and foreign studies of oculomotor reactions in patients with mental disorders is presented. It is determined that in spite of multitude of researches with the use of eye tracking, the high diagnostic significance of the method cannot be unambiguously established for all forms of mental disorders. The future studying of the sight patterns in patients with schizophrenia, Parkinson's and Alzheimer's disease seems to be promising. In addition, of particular interest is the evaluation of the effectiveness of therapy and suicidal risks in patients with depressive disorders. The development of this method can provide an early diagnosis of certain forms of mental disorders and in a timely manner to carry out psycho-preventive measures.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychiatry, mental disorders, instrumental diagnostics, eye tracking, oculomotor reactions.

References

1. Belyayev R.V., Kolesov V.V. Analiz trayektoriy mikrovdvizheniy glaz metodom fraktal'noy dispersii [Analysis of micromotion eye trajectories by fractal dispersion]. *Sed'maya mezhdunarodnaya konferentsiya po kognitivnoi nauke* : [Seventh International conf. on cognitive science] : Scientific. Conf. Proceedings. Svetogorsk. 2016. Pp. 144–146. (In Russ.)

2. Zhbankova O.V., Gusev V.B. Ispol'zovaniye metoda videookulografii (aytrekinga) dlya obnaruzheniya skrytoy informatsii [The use of video-oculography method (tracking) for the detection of hidden information]. *Kompleksnaya psikhologopshikhoфизиологическая судебная экспертиза: современное состояние и перспективы развития* [Comprehensive psycho-physiological forensic examination: current state and development prospects] : Scientific. Conf. Proceedings. Kaluga. 2016. Pp. 102–105. (In Russ.)

3. Kulikov I.A. Vozmozhnosti primeneniya trekinga glaz v obrazovanii [Possible use of eye tracking in education]. *Gumanitarnaya informatika* [Humanities informatics]. N 7. Pp. 121–125. (In Russ.)

4. Leshchinskaya S.B., Matsuta V.V., Kulikov I.A. Psikhofiziologicheskiye korrelyaty poiskovoy aktivnosti: aytrekning i elektroentsefalografiya [Psychophysiological correlates of the search activity: eyetracking and electroencephalography]. *Novaya nauka: istoriya stanovleniya, sovremennoye sostoyaniye, perspektivy razvitiya* [New science: the history of formation, the current state, development prospects] : Scientific. Conf. Proceedings. Saratov. 2016. Pp. 148–153. (In Russ.)

5. Litvinova A.S., Ratmanova P.O., Bogdanov R.R. Vozrastnyye osobennosti glazodvigatel'nykh reaktsiy v norme i pri bolezni Parkinsona [Age features of oculomotor reactions in health and Parkinson's disease]. *Zdorov'ye i obrazovaniye v XXI*

veke: *nauchno-obrazovatel'nyy vestnik Seriya Meditsina* [Health & education millennium. Series Medicine]. 2014. N 8. Pp. 1–2. (In Russ.)

6. Nikol'skaya S.A., Lobachev A.V. Perspektivnyye metody opredeleniya priznakov neiskrennosti u lits s psikhicheskimi rasstroystvami [Future methods for identifying signs of insincerity in individuals with mental disorders]. *Aktual'nyye problemy sovremennoy nevrologii i psikiatrii* [The relevant problems of modern neurology and psychiatry] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 208–210. (In Russ.)

7. Ognev A.S., Venerina O.G., Yakovlev V.A. Ispol'zovaniye instrumental'nogo psikhodiagnostiki dlya otsenki informatsionnogo kontenta [The use of instrumental psychodiagnostics for the evaluation of information content]. *Pedagogika i psikhologiya: MGGU im. M.A. Sholokhova* [Bulletin Sholohov Moscow state university for the humanities Series: Pedagogy and Psychology]. 2012. N 4. Pp. 103–112. (In Russ.)

8. Salikhova M.A., Grishin S.N. Aytreaking, kak sredstvo diagnostiki zavisimosti ot rolevykh komp'yuternykh igr [Eyetracking as a method for diagnosis of the role-playing computer games addiction]. *Poisk resheniy v protsesse sozdaniya i realizatsii nauchnykh razrabotok v rossiyskoy aviatsionnoy i raketno-kosmicheskoy promyshlennosti* [The search for solutions in the process of creation and implementation of scientific developments in the Russian aviation and rocket and space industry] : Scientific. Conf. Proceedings. Kazan. 2014. Pp. 327–329. (In Russ.)

9. Selivanova M.S., Zotov M.V. Narusheniye zritel'nogo vospriyatiya u detey shizofreniyei [The impairment of visual perception of social scenes in patients with schizophrenia]. Baza kvalifikatsionnykh rabot studentov fakul'teta psikhologii SPbGU [The qualification works base of students of Psychology Department, St. Petersburg State University]. 2011. URL: <http://www.diplom.psy.spbu.ru/component/fabrik/details/1/1895/html>. (In Russ.)

10. Shalaginova I.G., Vakolyuk I.A. Parametry proizvol'nykh sakkad u patsiyentov s trevozhnymi rasstroystvami [The characteristics of arbitrary saccades in patients with anxiety disorders]. *Aytreaking v psikhologicheskoy nauke i praktike* [Eyetracking in psychological science and practice]. Moskva. 2015. Pp. 280–286. (In Russ.)

11. Shalaginova I. G., Vakolyuk I.A. Kharakteristika dvizheniy glaz u patsiyentov s trevozhnymi rasstroystvami pri raspoznavanii emotsiy po litsevoy ekspressii [The characteristics of eye movements in patients with anxiety disorders in the process of recognizing emotions by facial expression]. *Eksperimental'naya psikhologiya* [Experimental Psychology]. 2016. N 2. Pp. 107–121. (In Russ.)

12. Shvayko D.A., Budenkova Ye.A. Kharakternyye osobennosti dvizheniy glaz pri shizofrenii: videookulograficheskoye issledovaniye [The characteristic features of eye movements in schizophrenia: videooculography]. *Aytreaking v psikhologicheskoy nauke i praktike* [Eyetracking in psychological science and practice]. Moskva. 2015. Pp. 389–396. (In Russ.)

13. Armstrong T., Bilsky S.A., Zhao M., Olatunji B.O. Dwelling on potential threat cues: an eye movement marker for combat-related PTSD. *Depress Anxiety*. 2013. Vol. 30, N 5. Pp. 497–502.

14. Armstrong T., Sarawgi S., Olatunji B.O. Attentional bias toward threat in contamination fear: Overt components and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Psychology*. 2012. Vol. 121, N 1. Pp. 232–237.
15. Benson P.J., Beedie S.A., Shephard E., St. Clair D. Simple viewing tests can detect eye movement abnormalities that distinguish schizophrenia cases from controls with exceptional accuracy. *Biological Psychiatry*. 2012. Vol. 72, N 9. Pp. 716–724.
16. Bradley M.C., Hanna D., Wilson P. [et al.]. Obsessive–compulsive symptoms and attentional bias: An eye-tracking methodology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016. Vol. 50. Pp. 303–308.
17. Chen S., Zhou R., Cui H., Chen X. Deficits in cue detection underlie event-based prospective memory impairment in major depression: an eye tracking study. *Psychiatry Research*. 2013. Vol. 209, N 3. Pp. 453–458.
18. Crawford T., Higham S., Mayes J. [et al.]. The role of working memory and attentional disengagement on inhibitory control: effects of aging and Alzheimer’s disease. *AGE*. 2012. Vol. 17, N 1. Pp. 1–14.
19. Fadardi J.S., Cox W.M. Alcohol attentional bias: drinking salience or cognitive impairment? *Psychopharmacology*. 2006. Vol. 185, N 2. Pp.169–178.
20. Garcia-Blanco A., Salmerón L., Perea M. Attentional capture by emotional scenes across episodes in bipolar disorder: Evidence from a free-viewing task. *Biological Psychology*. 2015. Vol. 108. Pp. 36–42.
21. Gliga T., Bedford R., Charman T., Johnson M.H. Enhanced Visual Search in Infancy Predicts Emerging Autism Symptoms. *Current Biology*. 2015. Vol. 25, N 13. Pp. 1727–1730.
22. Grandgenevrea P., Vaiva G., Boloix E., Bubrovsky M. Dissociation of explicit and implicit responses during a change blindness task in schizophrenia. *Neuropsychologia*. 2015. Vol. 71. Pp. 11–17.
23. Isaac L., Vrijzen J.N., Rinck M. [et al.]. Shorter gaze duration for happy faces in current but not remitted depression: Evidence from eye movements. *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 218, N 1. Pp. 79–86.
24. Jiwon K., Kiho K., Jang-Han L. Time Course of Visual Attention to High-Calorie Virtual Food in Individuals with Bulimic Tendencies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2016. Vol. 19, N 1. Pp. 28–33.
25. Lin M., Hofmann S.G., Qian M. [et al.]. Attention allocation in social anxiety during a speech. *Cognition and Emotion*. 2016. Vol. 30, N 6. Pp. 1122–1136.
26. Lubman D.I., Peters L.A., Mogg K. [et al.]. Attentional bias for drug cues in opiate dependence. *Psychol. Med.* 2000. Vol. 30, N 1. Pp. 169–175.
27. Perelman B.S. Detecting deception via eyeblink frequency modulation. *Peer*. 2014. Vol. 2. P. 260.
28. Peth J., Kim J., Gamer M. Fixations and eye-blinks allow for detecting concealed crime related memories. *International Journal of Psychophysiology*. 2013. Vol. 88, N 1. Pp. 96–103.
29. Pierce K., Conant D., Hazin R., Stoner R. Preference for geometric patterns early in life as a risk factor for autism. *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68, N 1. Pp. 101–109.

30. Pinhas L., Fok K.H., Chen A. [et al.]. Attentional biases to body shape images in adolescents with anorexia nervosa: an exploratory eye-tracking study. *Psychiatry Res.* 2014. Vol. 220, N 1. Pp. 519–526.

31. Schwab S., Jost M., Altorfer A. Impaired top-down modulation of saccadic latencies in patients with schizophrenia but not in first-degree relatives. *Front. Behav. Neurosci.* 2015. Vol. 44, N 9. Pp. 1–7.

32. Stroth S., Kamp D., Drusch K. [et al.]. Effects of training of affect recognition on the recognition and visual exploration of emotional faces in schizophrenia. *The World Journal of Biological Psychiatry.* 2015. Vol. 16, N 6. Pp. 411–421.

33. Townshend J.M., Duka T. Attentional bias associated with alcohol cues: differences between heavy and occasional social drinkers. *Psychopharmacology.* 2001. Vol. 157, N 1. Pp. 67–74.

Received 25.02.2017

For citing. Lobachev A.V., Nikol'skaya S.A., Kornilova A.A. Aitreaking v diagnostike psikhicheskikh rasstroistv. *Vestnik psikhoterapii.* 2017. N 61. Pp. 98–112. **(In Russ.)**

Lobachev A.V., Nikolskaya S.A., Kornilova A.A. Eyetracking in the diagnosis of mental disorders. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2017. N 61. Pp. 98–112.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.922.23

В.С. Гурьев, Е.Е. Малкова

БАЗОВЫЕ ЭМОЦИИ В СВЕТЕ СИСТЕМНО-ЭВОЛЮЦИОННОЙ ТЕОРИИ*

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

С позиций системно-эволюционной теории обосновывается положение о детерминированности любого эмоционального переживания актуальной ситуацией, решению которой оно способствует. Выделены биологически значимые ситуации, эмоциональное различие которых имеет адаптивно-эволюционный смысл. Предложено описание и определен функциональный смысл базовых эмоций, лежащих в основе развития эмоциональной сферы человека.

Ключевые слова: психика человека, эмоция, системно-эволюционная теория, теория функциональных систем.

Системно-эволюционная теория – это последовательное развитие теории функциональных систем (ТФС) П.К. Анохина [6]. Она раскрывает не только принципы системной организации живых организмов, их поведения, но и закономерности их развития [20]. В начале нашего исследования считаем необходимым акцентировать внимание на базовых принципах уровневой организации функциональных систем, рассматриваемых нами в качестве основных принципов организации поведения человека.

Итак, базовым положением ТФС является утверждение, что системообразующим фактором любой функциональной системы (ФС) является полезный приспособительный результат, на достижение которого мобили-

Гурьев Василий Сергеевич – студент каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, к. 11), e-mail: vasilij.gurjev@mail.ru;

✉ Малкова Елена Евгеньевна – д-р психол. наук доц., проф. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, к. 11), e-mail: Helen_malkova@mail.ru.

* Статья печатается в порядке дискуссии.

зуются все элементы системы, начиная с клеточного уровня [6]. При этом жизнедеятельность организма на клеточном уровне рассматривается как реализация ФС, направленных на удовлетворение метаболических потребностей клеток, информация о которых хранится в эпигеноме каждой из них [1]. Известно, что последовательность ДНК во всех клетках одного организма, если не брать в расчет мутации, накапливаемые в течение жизни, идентичны. Специализацию каждой клетки, а следовательно, и их индивидуальные метаболические потребности определяют эпигенетические факторы, то есть то, какие гены каждой конкретной клетки организма могут быть активны. Именно эпигеном отвечает за то, что лимфоциты остаются лимфоцитами, гепатоциты гепатоцитами, а нейроны нейронами [14]. Однако нейроны, в отличие от других видов клеток (или по крайней мере в гораздо большей мере), способны специализироваться относительно приобретенного опыта в процессе научения. Другими словами, специализация нейронов лежит в основе системогенеза – процесса закрепления элементов индивидуального опыта [2]. Таким образом, взаимосвязь специализации нейронов с индивидуальным опытом организма отражает первый принцип уровневой организации ФС – единовременное включение в систему (следовательно, и единовременное влияние на получение полезного результата) биологических единиц разного уровня: клеточного, организменного, уровня социальной группы. Так, примером влияния клеточного уровня функционирования может служить изменение психических процессов и состояния при вирусной инфекции посредством восходящей системной регуляции (когда части влияют на целое) [17]. В то же время, в качестве примера социального влияния на поведение индивида можно представить Стэнфордский тюремный эксперимент Ф. Зимбардо, в котором ярко продемонстрирована нисходящая системная организация (когда целое влияет на части) [10].

Исходя из написанного, под опытом организма можно понимать все события, произошедшие с ним и закрепленные в памяти, то есть имеющие, в конечном счете, свое отражение в эпигеноме клеток. Однако это понимание может быть расширено за счет филогенетического опыта, проявленного в наследовании врожденных поведенческих паттернов (готовых функциональных систем) [20]. Так, например, домашняя кошка, никогда не видевшая собак, впервые оказавшись с собакой в одной комнате, даже если та не будет проявлять агрессии, будет реагировать оборонительным поведением, и ее эмоциональное состояние без труда можем охарактеризовать как страх. Ее интерес к шороху, инициирующий пищедобывательное или

игровое поведение, также является врожденным. Кроме того, по современным данным, и приобретенный опыт влияет на эпигеном потомства. Травматические переживания в начале жизни не только являются факторами риска развития поведенческих и эмоциональных нарушений во взрослом возрасте, но и влияют на развитие эмоциональной сферы последующих поколений посредством эпигенетического наследования [25]. Таким образом, приобретаемый опыт всегда наслаивается на предыдущий и обуславливается им. Причем оказывается не важным, сформировался ли этот опыт в онтогенезе или филогенезе.

В этом проявляется второй принцип уровневой организации ФС, когда реализация вновь сформированной функциональной системы подразумевает не только активацию специализировавшихся относительно нового полезного результата нейронов, но и включение более ранних неспецифичных данному опыту функциональных систем [1, 20]. К примеру, ФС, результатом которой является начерченная карандашом линия, включает в себя более ранние функциональные системы: захвата карандаша пальцами, фокусировки взгляда, зрительно-моторной координации и многих других. Из данного примера видно, каким образом ранее сформированные ФС влияют на результат более поздней ФС. Таким образом, чем более отработан навык захвата карандаша и лучше зрительно-моторная координация, тем ровнее получится линия. Это пример восходящей системной регуляции, когда частные результаты подсистем влияют на общий результат ФС более высокого уровня. В то же время стабилизация ФС более высокого уровня влияет на компоненты, в нее входящие – ФС более низкого уровня (нисходящая системная регуляция). Так, упражнения в рисовании карандашом ровных линий приводят к развитию общей (не специфичной только для этой деятельности) зрительно-моторной координации, фокусировки взгляда и проч., а также синхронизирует эти функции между собой. Этот принцип системной организации раскрывает, по нашему мнению, общий механизм влияния раннего эмоционального опыта на актуальное поведение, а также говорит о возможности регуляции эмоциональной сферы посредством научения новым стратегиям поведения.

Не менее важным является третий принцип уровневой организации ФС, который отражает последовательность реализации ФС. Этот принцип можно рассматривать в двух аспектах. С одной стороны, никакой поведенческий акт (реализация ФС) не изолирован, поскольку не имеет определенного начала (не начинается «с чистого листа»), а всегда имеет своими входными параметрами результаты предыдущих ФС [1]. Результат же дан-

ного поведенческого акта в определенной степени будет влиять на последующее поведение, что можно назвать восходящей регуляцией в том смысле, что полученные результаты обеспечивают возможность реализации ФС более высокого уровня. С другой стороны, достижение конечного полезного результата в большинстве случаев предполагает достижение промежуточных результатов разного рода. Это может быть последовательная реализация подсистем или корректировка ФС посредством обратной связи, но в обоих этих случаях эти частные процессы инициируются моделью общего результата, общей целью (нисходящая системная регуляция). Таким образом, в этом аспекте поведение можно рассматривать как непрерывную последовательность промежуточных и конечных результатов разного системного уровня.

Что же представляет собой полезный результат в системном понимании? На клеточном уровне полезным результатом является, в конечном счете, сохранение клеткой своей целостности, клеточного гомеостаза, посредством удовлетворения метаболических потребностей клетки, детерминированных ее ДНК [1], защитой от инородных воздействий и проч. Исходя из этого, общий смысл полезного результата должен быть аналогичным и на других уровнях системы: сохранение целостности организма, личности, семьи, народа. Более того, его можно сформулировать как стремление к экономии энергии, ресурсов, так как восстановление целостности всегда более затратно, чем ее поддержание, а организация запасов и поиск новых возможностей в будущем способны обеспечить «экономические» преимущества. Этот принцип созвучен «принципу удовольствия», определенному в свое время З. Фрейдом как стремление к снижению психического напряжения [19]. Из сказанного ясно, что этот принцип обеспечивает не только сохранение целостности, но и развитие через формирование новых ФС, результаты реализации которых будут способствовать более оптимальному расходованию ресурсов.

Исходя из этого, наиболее общим законом развития является «принцип дифференциации», широко рассматриваемый в системной психофизиологии. Суть его состоит в том, что развитие может рассматриваться как нарастающая дифференциация в соотношении организма со средой или как нарастающая способность к различению благоприятных и неблагоприятных ситуаций [2]. Причем под ситуацией мы понимаем здесь не только особенности среды или внешние значимые события, но и готовность к ним организма, то есть целостное соотношение индивида со средой [13]. Простым примером, показывающим необходимость включать функциональное

состояние организма в это понятие, является принципиальная разность ситуаций, когда хищник подкрадывается к ожидающей нападения или спящей жертве.

Согласно данным Ю.И. Александрова [2] наименьшим уровнем дифференциации является способность отличать благоприятную ситуацию от неблагоприятной, на основе которой реализуется возможность избегать неблагоприятных (неприятных) ситуаций и стремиться к благоприятным (приятным) ситуациям. Понимание эмоций как способности к различению малодифференцированного опыта обосновывается в рамках его концепции единства сознания и эмоций [3], исходя из которой становится ясным функциональный смысл эмоциональных реакций. Здесь они представляются в качестве механизма приведения организма в оптимальное состояние для решения текущей ситуации на основе автоматической (неосознаваемой) ее оценки. Это, в свою очередь, демонстрирует нам их биологический, закрепленный в ходе эволюции смысл.

Надо сказать, что данное понимание биологического смысла эмоций имеет принципиальное отличие от других эволюционных теорий эмоций. Например, Р. Плутчик [18] основывает свою психоэволюционную теорию на предположении, что эмоции являются механизмами базисных адаптивных реакций на стимульные события, однако предлагаемые им адаптивные реакции направлены, по сути, на удовлетворение различных биологических потребностей: еды, размножения, избегание опасности. Таким образом, предполагается, что эмоции специфичны не столько ситуации, сколько объекту деятельности, частному виду результата. Наше же понимание, основанное на ТФС П.К. Анохина, напротив, заключается в том, что эмоции не специфичны объекту деятельности, а зависят от того или иного качества достижения результата. То есть успешная реализация ФС вызывает приятные эмоции, неуспешная реализация — неприятные, что соответствует минимальному уровню дифференциации опыта: «хорошо — плохо» или «благоприятная ситуация — неблагоприятная ситуация». Вероятно, это является первым уровнем эмоционального реагирования, сформированным в филогенезе, а значит эволюционно более древним [3].

Руководствуясь принципом такой дифференциации, логично предположить, что более поздние эмоциональные реакции сформировались на основе дальнейшего различения биологически значимых ситуаций и способствовали оптимальной адаптации к ним организма и оптимальному поведению особи в данных ситуациях.

Таким образом, мы поставили перед собой задачу определить эти биологически значимые ситуации, специфичные для базовых эмоциональных реакций, и, продолжая логику ТФС, избрали фокусом своего теоретического исследования структурную организацию ФС, ее принципиальную схему. Важно отметить, что, в соответствии с принципом изоморфности ТФС, все ФС подобны по своей архитектонике и состоят из следующих функциональных блоков: афферентного синтеза, блока принятия решения, акцептора результатов действия и эфферентного синтеза [4]. Если эмоциональная реакция минимального уровня дифференциации («хорошо – плохо»), характеризует успешность реализации ФС как целого, то логично предположить, что большая нюансировка эмоциональных реакций связана с ситуациями, характеризующими успешность работы отдельных блоков ФС.

Для определения этих ситуаций мы проанализировали задачи, которые выполняют соответствующие функциональные блоки, и последствия успешного или неуспешного их выполнения, сопровождаемые соответствующими эмоциями, каждая из которых имеет свой континуум проявлений (страх и предвкушение, радость побед и горечь поражений, уверенность и сомнение, ошибка и успех, влечение и безразличие, препятствие и помощь, удивление и обыденность).

Страх и предвкушение. Одной из задач блока афферентного синтеза является обработка входящей информации об окружающей среде (обстановочная афферентация) и состоянии организма, то есть об актуальных потребностях (доминирующей мотивации) и уже имеющемся опыте (памяти). Наиболее биологически значимой информацией из окружающей среды, требующей быстрого реагирования, очевидно является информация об угрозе целостности организма. Таким образом, первой (в нашем анализе) биологически значимой ситуацией, реакция на которую закрепилась в ходе эволюции, является ситуация угрозы (ситуация перспективы потери ресурсов).

Аффективной реакцией на эту ситуацию является базовый страх, который способствует избеганию угрозы. Мы используем эпитет «базовый», подчеркивая, что имеем в виду не тот страх, который испытывает взрослый человек со сформированной эмоциональной сферой, страх, имеющий множество оттенков, а врожденную неосознаваемую аффективную реакцию. Чувство, испытываемое взрослым человеком, будет более дифференцировано, но в основе своей всегда будет содержать обозначенный нами базовый страх. Мы придерживаемся точки зрения, что переживаемые человеком эмоции, которые он может сознательно распознать и вербализо-

вать, по существу являются высшими психологическими функциями, если пользоваться терминологией Л.С. Выготского [7], так как формируются они в онтогенезе в процессе межличностного взаимодействия (то есть социальны по происхождению), во многом поддаются волевому контролю, а также опосредованы вербально-логическим мышлением, так как соотносятся с обобщенным понятием той или иной эмоции. В то же время, как всякая высшая психологическая функция, эмоция возникает на основе опосредующей психической функции, которую, чтобы разграничить эти понятия, можно назвать аффектом или базовой эмоцией. Таким образом, под базовым страхом мы понимаем то общее эмоциональное переживание человека, когда он испытывает страх (высоты, животных или замкнутого пространства), испуг, опасение или другие родственные по происхождению эмоции. Все оттенки перечисленных эмоций приобретаются в процессе большей дифференциации угрожающих ситуаций, а общим для них будет ожидание неблагоприятного события (потери ресурсов) и подготовка организма к его избеганию. Этой логики мы будем придерживаться и в продолжение нашего анализа.

Итак, мы пришли к выводу, что, если в процессе афферентного синтеза обстановка оценивается как угрожающая или, другими словами, как неблагоприятная перспектива, это вызывает аффективную реакцию базового страха. Логично предположить, что существует такая базовая эмоция, соответствующая ситуации, когда в процессе афферентного синтеза обстановка оценивается как обещающая новые ресурсы или благоприятная перспектива. Здесь мы сталкиваемся с хорошо известным феноменом, заключающемся в том, что в языке зафиксировано существенно меньше названий положительных эмоциональных переживаний, чем названий отрицательных эмоций. Это связывают с большей адаптационной значимостью различения негативных переживаний. Меньшая дифференцированность позитивных положительных эмоций также подтверждается в исследовании М.Г. Колбеновой и Ю.И. Александрова [12]. Наиболее подходящими эмоциональными переживаниями, общей чертой которых является ожидание благоприятного исхода, на наш взгляд, являются надежда и предвкушение. Нельзя не заметить, что эти эмоции, как и базовый для них аффект, назначение которого состоит в том, чтобы подготовить организм к принятию новых ресурсов, крайне редко попадают в фокус научного внимания психологов, однако, по всей видимости, играют важную адаптационную роль в жизни и развитии человека, а нарушения в этой сфере, вероятно, могут приводить к более острым реакциям на полюсе страха.

Кроме информации об обстановке в процессе афферентного синтеза обрабатывается информация о состоянии организма. Функция этого процесса аналогична обработке информации об окружающей среде – прогнозирование благоприятных и неблагоприятных событий и аффективная подготовка организма к ним. Наиболее наглядными переживаниями, связанными с функционированием этого блока, являются чувство голода как сигнал о дефиците ресурсов, мобилизующий организм на пищеводобывательную деятельность, и аппетит как предвкушение удовлетворения энергетических потребностей, подготавливающий организм к перевариванию пищи. Эмоциональная составляющая этих переживаний крайне важна и, вероятно, играет значимую роль в этиопатогенезе пищевых расстройств. Другими примерами аффективной реакции на информацию о состоянии организма является паническое чувство страха при вегетативном кризе или инфаркте миокарда [23].

Радость побед и горечь поражений. С блоком афферентного синтеза также связан процесс, имеющий иной, функционально противоположный рассмотренному, биологический смысл. Речь идет об обработке информации, получаемой с помощью одного из центральных механизмов системной организации – обратной связи. По каналам обратной связи поступает информация об успешности или неуспешности реализации ФС, то есть о достижении или недостижении требуемого результата. Этот механизм лежит в основе саморегуляции системы, обеспечивая продолжение ее реализации до тех пор, пока параметры результата не будут соответствовать требуемым (успешная реализация) или система не «поймет», что результат не может быть достигнут (неуспешная реализация). Если рассмотренные ранее задачи афферентного синтеза были связаны с прогнозированием вероятных событий (будущего), то в данном случае информация, поступающая в афферентный синтез, отражает произошедшее событие и независимо от успешности реализации ФС сигнализирует о ее завершении. Адаптивной стратегией организма при этом будет переход от деятельности, направленной на достижение полезного результата, к режиму усвоения полученных ресурсов в случае успешной реализации ФС или сохранения оставшейся энергии (ресурсов) в случае невозможности достижения результата. Биологическая важность этих стратегий обеспечила их закрепление в ходе эволюции на основе дифференциации случившихся благоприятных и неблагоприятных ситуаций. Базовыми аффектами, обеспечивающими оптимальную реализацию этих двух адаптивных стратегий, очевидно, являются базовая радость (или удовольствие) и базовое горе (пе-

чаль). Так, удовольствие, получаемое после приема пищи, способствует прекращению пищедобывательной деятельности, а также другой двигательной или умственной активности, что дает возможность организму сосредоточиться на усвоении полученных ресурсов [9]. Печаль или огорчение, вызванные невозможностью достижения результата, способствуют остановке безуспешных попыток его достижения, что приводит к экономии энергии для достижения других полезных результатов.

Уверенность и сомнение. Из афферентного синтеза информация поступает в блок принятия решений. Принятие решения происходит на основе синтеза информации об обстановке в соответствии с доминирующей мотивацией и с учетом прошлого опыта [6]. Этот системный процесс заключается в устранении излишних степеней свободы реализации ФС и направлен на определение того, какой именно результат требуется в сложившейся ситуации. Наиболее благоприятной ситуацией для быстрого и взвешенного принятия решения является ситуация полноты и непротиворечивости информации. Эмоциональное переживание, связанное с определенностью ситуации, можно назвать уверенностью, решимостью, спокойствием (в смысле отсутствия ситуации выбора одного варианта из нескольких возможных). Эти эмоциональные переживания рассматриваются в качестве предмета своей деятельности не только практикующими психологами, предлагающими тренинги принятия решений или уверенности в себе, но и маркетологами, навязывающими убеждение в жизненной необходимости для потребителя того или иного товара. Воспитанием уверенности в правильности морально-нравственных принципов с начала возникновения человечества занимались религии, и эту уверенность, в общем, и называют верой. Если вера в моральные принципы оберегает общество от хаоса, то вера в научные аксиомы, постулаты и принципы обеспечивает саму возможность научного поиска. Таким образом, веру, в широком смысле слова, можно назвать базовой эмоцией, переживанием уверенности в достаточности информации для принятия решения. Более привычным и принятым в психологии русскоязычным вариантом названия этого аффекта является базовое доверие (*basic trust*), основополагающую роль которого в психическом развитии показал Эрик Эриксон [22].

Если эмоциональная реакция в ситуации полноты информации способствует принятию решения, то в ситуации неопределенности, дефицита или противоречивости информации должна испытываться та базовая эмоция, которая направляла бы все ресурсы организма на поиск недостающей информации или на устранение ее противоречивости [8]. В русском языке

эмоциональные переживания, характерные для ситуаций дефицита или противоречивости информации, можно выразить как замешательство, сомнение, смятение, беспокойство, озадаченность и проч. Однако в клиническом аспекте наиболее значимым переживанием этого рода является тревога [16]. Семантико-этимологический анализ этого термина позволяет его определить как «состояние, связанное с чувством внутреннего беспокойства, нерешительности, волнения в связи с неопределенностью исхода действия» [15, с. 27]. В таком понимании это переживание соответствует предполагаемому в ситуации неопределенности базовому аффекту и может быть названо базовой тревогой. На практике чаще приходится сталкиваться с иным переживанием тревоги, которое включает компонент страха, то есть в своей основе имеет сочетание ситуации угрозы и ситуации неопределенности, следовательно, оно более дифференцировано, осознаваемо и имеет более высокий уровень системной организации. В этом находит проявление непосредственная связь афферентного синтеза с блоком принятия решения, когда дефицит информации становится наиболее значим в угрожающей ситуации. Аналогичная связь прослеживается и при благоприятном стечении обстоятельств между надеждой и верой, ожиданием и уверенностью [5].

Ошибка и успех. Принятое решение должно приводиться в действие. За это отвечает эфферентный синтез, то есть процесс, в результате которого реализуется непосредственная программа действий. Исправление ошибок в программе действий – задача, биологически не менее значимая, чем рассмотренные выше, и столь же присуща всем живым организмам. Примером на клеточном уровне может служить исправление ошибок при репликации ДНК. На исправление своих ошибок человека подталкивает чувство вины, если ошибка совершена по отношению к другому, или стыда, если ошибка совершена по отношению к самому себе. Интересно, что в русском языке слово «грех» (стар.-слав. – грѣхъ) по значению соответствовало понятию «ошибка» (ср. «погрешность», «огрех»). Таким образом, чувство греха, если не ограничивать его религиозной коннотацией, а рассматривать шире, можно назвать базовой эмоцией относительно ситуации совершения ошибки. Эмоции более высокого системного уровня, такие как вина, стыд, позор, имеют ярко выраженный семантический компонент, связанный с оценкой извне, поэтому они вряд ли могут претендовать на звание базового аффекта в системном смысле.

Зеркальной совершению ошибки будет ситуация успешной реализации программы действия. Адаптивной стратегией поведения в этом случае

будет закрепление данной программы, доведение ее до автоматизма путем повторения. Эмоциональными переживаниями, способствующими усвоению удачной программы, можно назвать удовлетворение, когда речь идет об относительно простых, по большей части физиологических, программах, и гордость, если дело уже касается проявлений личности.

Влечение и безразличие. Если принятие решения отражает необходимость получения определенного результата, то для его достижения необходим контроль его выполнения. Эту функцию выполняет акцептор результатов действия, а реализуется она в два разведенных по времени этапа: построения модели желаемого результата (целеобразования) и сличения с ней параметров реально полученного результата. На физиологическом уровне формирование модели результата выглядит как опережающий комплекс возбуждений в коре головного мозга, регистрируемый еще до начала эфферентного синтеза [24]. Этот комплекс служит основой для последующего сличения с информацией о реальных параметрах результата. Очевидно, что масштаб комплекса, а значит и его энергозатратность, зависят от количества сличаемых параметров. Получается, что биологически значимым в процессе построения модели результата является вопрос о соотношении степени проработанности цели (т. е. желаемого качества результата) и энергетических затрат, требуемых на поддержание возбуждений, соответствующих каждому из параметров, в течение определенного времени.

В русском языке существует ряд названий эмоциональных переживаний, характерных для ситуаций повышенного внимания к цели деятельности. Это «интерес», «желание», «влечение», «любопытство». Слова эти многозначны и семантически довольно сложны, но все переживания, обозначаемые ими, имеют общим началом стремление к результату определенного, особого качества. Таким образом, биологическая ценность результата в этом случае оправдывает те энергетические затраты, которые пришлось потратить на формирование его модели. Это наглядная иллюстрация того, что стремление к дифференциации (в данном случае параметров результата) является центральным механизмом развития.

С другой стороны, не все результаты требуют одинаково высокого контроля качества, особенно в ситуациях, когда энергетические ресурсы ограничены. В последнем случае выгоднее оказывается пренебречь излишней дифференцированностью параметров результата. Эмоциональными переживаниями, способствующим принятию такой стратегии, являются безразличие и лень. Когда на первый план выходят не сниженные требова-

ния к параметрам результата, а ограниченность ресурсов, это состояние переживается как тоска, апатия или скука.

Таким образом, если в процессе формирования модели результата полагать биологически значимым различие ситуаций, требующих больших или меньших энергетических вложений в этот процесс, то базовыми эмоциями, отражающими данную дифференциацию, можно считать влечение и безразличие.

Препятствие и помощь. Вторым процессом, протекающим в акцепторе результатов действия, является непосредственно сличение параметров реального результата с его «идеальной» моделью. На успешность этого процесса, кроме несовершенства собственных программ действий и строгости требований к параметрам результата, эмоциональное переживания которых обсуждалось выше, очевидно влияют и внешние по отношению к ФС факторы. Недостижение планируемого результата уже сформированной ФС (когда данный результат уже успешно достигался ранее) говорит о появлении препятствия. Адаптивной стратегией в ситуации появления препятствия является мобилизация дополнительных усилий и попытка его преодоления. Эмоциональным переживанием, способствующим такой мобилизации и направленности поведения на устранение препятствия, являются раздражение, гнев или зависть. Обычно гнев вызывается не просто препятствием, а активным противодействием. Ситуация зависти предполагает наличие другого и специфического препятствия – отсутствие возможности. В связи с этим нам кажется логичным считать базовой эмоцией раздражение.

Ситуация помощи извне позволяет ФС сэкономить отпущенные на достижение полезного результата ресурсы. Такая экономия открывает перед организмом дополнительные возможности, повышает свободу действий. Очевидно, что способность различать ситуации, в которых возможность экономии ресурсов связана с внешними факторами, в биологическом смысле наиболее важна для социальных организмов, однако несомненно адаптивным является использование новых возможностей, связанных с изменением окружающей среды, и вне социального взаимодействия [4]. Вероятно, наиболее удачным описанием эмоционального переживания, связанного с появлением новых возможностей и отсутствием препятствий, является ощущение свободы. В таком случае чувства благодарности или признательности за содействие (за помощь в достижении искомого результата) является производными от базовой эмоции расширения возможностей.

Удивление и обыденность. Большинство исследователей выделяет удивление из остальных эмоциональных переживаний. Основанием такого выделения является то, что удивление не имеет определенного эмоционального тона, а отражает внезапность смены ситуации [11]. Тон же переживания определяется характером изменений. Несомненно, восприимчивость к изменению ситуации – отличительная способность всех живых организмов, поэтому удивление как эмоциональное переживание изменения ситуации можно с полным правом отнести к базовым эмоциям. Стоит все же заметить, что направленность различения изменения ситуации ортогональна направленности различения благоприятности ситуации, т. е. каждое эмоциональное переживание благоприятности окрашено той или иной степенью удивления. Иллюстрацией этого может служить тот факт, что мимическое выражение страха при внезапной угрозе практически неотличимо от мимического выражения удивления, а выражение тоски напоминает нам о рутинности и обыденности жизни [21].

Заключение

Таким образом, рассуждая в ключе системно-эволюционной теории, мы попытались определить биологически значимые ситуации, эмоциональное различение которых имеет адаптивный эволюционный смысл и могло закрепиться в процессе естественного отбора. Мы основывались на предположении, что любое эмоциональное переживание детерминировано актуальной ситуацией, решению которой оно способствует. Под ситуацией мы понимали взаимодействие (соотношение) организма со средой, субъективно воспринимаемое и переживаемое. Мы отдавали себе отчет, что искомые базовые эмоции (или аффекты) не имеют четких готовых названий в языке ввиду того, что эмоциональная сфера человека формируется в процессе онтогенеза на их основе. В связи с чем вопрос о наиболее удачных названиях базовых эмоций считаем открытым, а акцент нашей работы делаем на выделении следующих базовых функционально значимых ситуаций и стратегий поведения в них:

- перспективы потери ресурсов – избегание;
- перспективы получения ресурсов – приближение;
- дефицита и/или противоречивости информации – поиск решения (информации);
- полноты и/или непротиворечивости информации – принятие решения;

- невысокой значимости параметров полезного результата – экономия ресурсов на детализацию цели;
- высокой значимости параметров полезного результата – выделение дополнительных ресурсов на детализацию цели;
- ошибочного действия – исправление ошибки в программе действия;
- правильного действия – закрепление программы действия;
- ограничения возможностей (препятствия) – выделение ресурсов на преодоление препятствия;
- новых возможностей (помощи) – освоение новых возможностей;
- потери ресурсов – экономия оставшихся ресурсов;
- приобретения ресурсов – освоение полученных ресурсов.

Исходя из этого, системное понимание формирования эмоциональных переживаний представляется перспективным в учете стратегии и тактики не только психотерапевтического воздействия, но и в психологической профилактике нервно-психических расстройств, приводящих к нарушениям психической адаптации.

Литература

1. Александров Ю.И. Введение в системную психофизиологию // Психология XXI века : материалы междунар. науч.-практ. конф. / под ред. В.Н. Дружина. – М., 2004. – С. 39–85.
2. Александров Ю.И. Дифференциация и развитие // Теория развития: дифференционно-интеграционная парадигма / сост. Н.И. Чуприкова. – М., 2009. – С. 17–28.
3. Александров Ю.И. От эмоций к сознанию // Психология творчества. Школа Я.А. Пономарева / под ред. Д.В. Ушакова. – М. : Ин-т психологии РАН, 2006. – С. 293–328.
4. Алехин А.Н., Михайленко В.С., Петров В.А., Пульцина К.И. Закономерные фазы динамики психической адаптации к непривычным условиям жизнедеятельности // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта, 2015. – № 6 (124). – С. 211–215.
5. Алехин А.Н., Пульцина К.И. Тревога как психологический аспект феномена поисковой активности // Вестн. психотерапии. – 2015. – № 56 (61). – С. 79–89.
6. Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональной системы. – М. : Наука, 1978. – 400 с.
7. Выготский Л.С. Мышление и речь. Психологические исследования. – М. : Нац. образование, 2015. – 368 с.
8. Гурьев В.С., Малкова Е.Е. Структура личности с позиций теории функциональных систем // Концепт : науч.-метод. электрон. журн. – 2014. – Прилож. 20. – С. 2331–2335. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/54730.htm>.

9. Емельянов А.В. Феноменологическая интерпретация «принципа удовольствия» // Эпистемология и философия науки. – 2014. – Т. 39, № 1 (39). – С. 111–123.

10. Зимбардо Ф. Эффект Люцифера. Почему хорошие люди превращаются в злодеев. – М. : Альпина нон-фикшн, 2014. – 740 с.

11. Изард К.Э. Психология эмоций. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 464 с.

12. Колбенева М.Г., Александров Ю.И. Органы чувств, эмоции и прилагательные русского языка : лингво-психол. слов. / Ин-т психологии РАН. – М. : Языки славян. культур, 2010. – 368 с.

13. Коржова Е.Ю. Введение в психологию жизненных ситуаций. – СПб. : О-во памяти игумении Таисии, 2015. – 204 с.

14. Кэри Н. Эпигенетика: как современная биология переписывает наши представления о генетике, заболеваниях. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 352 с.

15. Малкова Е.Е. Семанτικο-этимологический анализ понятия и термина «тревога» при использовании его в современной отечественной и зарубежной психологии // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Сер.: Психология. – 2011. – № 42 (259). – С. 25–29.

16. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности : монография. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 268 с.

17. Немкова С.А. Современные принципы лечения постинфекционных астенических состояний у детей // РМЖ. – 2016. – № 6. – С. 368–372.

18. Плутчик Р. Общая психозволюционная теория эмоций. – М. : Медицина, 1980. – 114 с.

19. Фрейд З. Хрестоматия : в 3 т. – М. : Когито-Центр, 2016. – Т. 1. – 634 с.

20. Швырков В.Б. Введение в объективную психологию: нейрональные основы психики : избр. тр. – М. : Ин-т психологии РАН, 2006. – 592 с.

21. Экман П. Психология эмоций. – СПб. [и др.] : Питер, 2014. – 240 с.

22. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М. : Флинта, 2006. – 342 с.

23. Якупов Э.З., Исагилов М.Ф., Хасанова Д.Р., Аглиуллина А.К., Житкова Ю.В. Роль биохимических и генетических факторов в патогенезе вегетативных кризов // Неврол. вестн. Журн. им. В.М. Бехтерева. – 2006. – Т. XXXVIII, № 1/2. – С. 83–88.

24. Debru С. Несколько комментариев по поводу темпоральности и предвосхищения в нейронауках, психологии и психиатрии // История медицины. – 2014. – № 2. – С. 119–127.

25. Franklin T.B., Russig H., Weiss I.C. [et al.]. Epigenetic Transmission of the Impact of Early Stress Across Generations // Biological Psychiatry. – 2010. – Vol. 68, Is. 5. – P. 408–415.

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

Поступила 23.12.2016

Для цитирования. Гурьев В.С., Малкова Е.Е. Базовые эмоции в свете системно-эволюционной теории // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 113–130.

BASIC EMOTIONS IN LIGHT OF SYSTEMIC-EVOLUTIONARY THEORY

V.S. Guriev, E.E. Malkova

Herzen State Pedagogical University of Russia
(Moika Embankment, 48/11, St. Petersburg, Russia)

Vasilij Sergeevich Guriev – student of Herzen State Pedagogical University of Russia (Moika Embankment, 48/11, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: vasilij.gurjev@mail.ru

✉ Elena Evgenievna Malkova – Dr. Psychol. Sci., Associate Prof., Prof. of the Department of Clinical Psychology and psychological care the Herzen State Pedagogical University of Russia (Moika Embankment, 48/11, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: Helen_malkova@mail.ru.

Abstract. From the standpoint of system-evolutionary theory position about determinism any emotional experience an actual situation, the decision which it contributes. Obtained biologically significant situations, emotional distinction which has adaptive evolutionary sense. A description of the function and meaning of basic emotions that underlie the development of emotional sphere of man.

Keywords: the human psyche, emotion, system-evolutionary theory, the theory of functional systems.

References

1. Aleksandrov Yu.I. Vvedenie v sistemnyuyu psikhofiziologiyu [Introduction to systemic psychophysiology]. *Psikhologiya XXI veka* [Psychology of the XXI century] : Scientific. Conf. Proceedings. Ed. V.N. Druzhinin. Moskva. 2004. Pp. 39–85. (In Russ.)
2. Aleksandrov Yu.I. Differentsiatsiya i razvitie [Differentiation and development]. *Teoriya razvitiya: differentsionno-integratsionnaya paradigma* [Development Theory: differential-integrative paradigm]. Ed. N.I. Chuprikov. Moskva. 2009. Pp. 17–28. (In Russ.)
3. Aleksandrov Yu.I. Ot emotsii k soznaniyu [From emotion to consciousness]. *Psikhologiya tvorchestva. Shkola Ya.A. Ponomareva* [Psychology of creativity. School JA Ponomarev]. Ed. D.V. Ushakov. Moskva. 2006. Pp. 293–328. (In Russ.)
4. Alekhin A.N., Mikhaïlenko V.S., Petrov V.A., Pul'tsina K.I. Zakonomernye fazy dinamiki psikhicheskoi adaptatsii k neprivychnym usloviyam zhiznedeyatel'nosti [Regular phase of dynamics of psychological adaptation to the extreme environmental conditions]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Transactions of P.F. Lesgaft University]. 2015. N 6. Pp. 211–215. (In Russ.)
5. Alekhin A.N., Pul'tsina K.I. Trevoga, kak psikhologicheskii aspekt fenomena poiskovoi aktivnosti [Anxiety as psychological aspects of the phenomenon search activity]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 56. Pp. 79–89. (In Russ.)

6. Anokhin P.K. Filosofskie aspekty teorii funktsional'noi sistemy [Philosophical aspects of the theory of functional systems]. Moskva. 1978. 400 p. (In Russ.)
7. Vygotskii L.S. Myshlenie i rech'. Psikhologicheskije issledovaniya [Thinking and speech. Psychological research]. Moskva. 2015. 368 p. (In Russ.)
8. Gur'ev V.S., Malkova E.E. Struktura lichnosti s pozitsii teorii funktsional'nykh system [Personality structure from the standpoint of the theory of functional systems]. *Kontsept* : electronic journal. 2014. Application 20. Pp. 2331–2335. URL: <http://e-koncept.ru/2014/54730.htm>. (In Russ.)
9. Emel'yanov A.V. Fenomenologicheskaya interpretatsiya «printsipa udovol'stviya» [Phenomenological Interpretation of the «Pleasure Principle»]. *Epistemologiya i filosofiya nauki* [Epistemology & philosophy of science]. 2014. Vol. 39, N 1. Pp. 111–123. (In Russ.)
10. Zimbardo F. Effekt Lyutsifera. Pochemu khoroshie lyudi prevrashchayutsya v zlodeev [The Lucifer Effect. Why do good people turn in to villains]. Moskva. 2014. 740 p. (In Russ.)
11. Izard K.E. Psikhologiya emotsii [Psychology of emotions]. Sankt-Peterburg. 2008. 464 p. (In Russ.)
12. Kolbeneva M.G., Aleksandrov Yu.I. Organy chuvstv, emotsii i prilagatel'nye russkogo yazyka: Lingvo-psikhologicheskii slovar' [Senses, emotions and adjectives of the Russian language: Linguistic and psychological dictionary]. Moskva. 2010. 368 p. (In Russ.)
13. Korzhova E.Yu. Vvedenie v psikhologiyu zhiznennykh situatsii [Introduction to the psychology of life situations]. Sankt-Peterburg. 2015. 204 p. (In Russ.)
14. Keri N. Epigenetika: kak sovremennaya biologiya perepisyvaet nashi predstavleniya o genetike, zabollevaniyakh [Epigenetics: how modern biology rewrites our understanding of genetics, diseases]. Rostov-na-Donu. 2012. 352 p. (In Russ.)
15. Malkova E.E. Semantiko-etimologicheskii analiz ponyatiya i termina «trevoga» pri ispol'zovanii ego v sovremennoi otechestvennoi i zarubezhnoi psikhologii [The semantic and etymological analysis of the concept and the "anxiety" of the term when it is used in modern domestic and foreign psychology]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology]. 2011. N 42. Pp. 25–29. (In Russ.)
16. Malkova E.E. Trevozhnost' i razvitie lichnosti [Anxiety and personal development]. Sankt-Peterburg. 2013. 268 p. (In Russ.)
17. Nemkova S.A. Sovremennye printsipy lecheniya postinfektsionnykh astenicheskikh sostoyanii u detei [Modern principles of treatment of postinfectious asthenic conditions in children]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2016. N 6. Pp. 368–372. (In Russ.)
18. Plutchik R. Obschaya psikhoevolyutsionnaya teoriya emotsii [General psycho-evolutionary theory of emotion]. Moskva. 1980. 114 p. (In Russ.)
19. Freid Z. Khrestomatiya [Chrestomathy] : in 3 Vol. Moskva. 2016. Vol. 1. 634 p. (In Russ.)
20. Shvyrvkov V.B. Vvedenie v ob"ektivnyuyu psikhologiyu: neironal'nye osnovy psikhiki [Introduction to the psychology of the objective: neural bases of mental]. Moskva. 2006. 592 p. (In Russ.)
21. Ekman P. Psikhologiya emotsii [Psychology of emotions]. Sankt-Peterburg.

2014. 240 p. (In Russ.)

22. Erikson E. Identichnost': yunost' i krizis [Identity: Youth and Crisis]. Moskva. 2006. 342 p. (In Russ.)

23. Yakupov E.Z., Ismagilov M.F., Khasanova D.R., Agliullina A.K., Zhitkova Yu.V. Rol' biokhimicheskikh i geneticheskikh faktorov v patogeneze vegetativnykh krizov [The role of biochemical and genetic factors in the pathogenesis of autonomic crises]. *Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal imeni V.M. Bekhtereva* [Neurological bulletin. Named after V.M. Bekhterev]. 2006. Vol. XXXVIII, N 1/2. Pp. 83–88. (In Russ.)

24. Debru C. Neskol'ko kommentariiev po povodu temporal'nosti i predvoshishhenija v neyronaukah, psihologii i psixiatrii [A few comments about temporality and anticipation in the neurosciences, psychology and psychiatry]. *Istorija mediciny* [History of medicine]. 2014. N 2. Pp. 119–127. (In Russ.)

25. Franklin T.B., Russig H., Weiss I.C. [et al.]. Epigenetic Transmission of the Impact of Early Stress Across Generations. *Biological Psychiatry*. 2010. Vol. 68, Issue 5. Pp. 408–415.

Received 23.12.2016

For citing. Gur'ev V.S., Malkova E.E. Bazovye emotsii v svete sistemno-evolyutsionnoi teorii. *Vestnik psixhoterapii*. 2017. N 61. Pp. 113–130. (In Russ)

Guriev V.S., Malkova E.E. Basic emotions in light of systemic-evolutionary theory. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 61. Pp. 113–130.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ЭЭГ-БИОУПРАВЛЕНИИ

¹ Северный государственный медицинский университет
(Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51);

² Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова
(Россия, г. Архангельск, набережная Северной Двины, д. 17)

Представлены результаты исследования энергетического состояния головного мозга у гиперактивных детей с проявлениями синдрома дефицита внимания (СДВГ) в процессе психофизиологической коррекции с помощью функционального ЭЭГ-биоуправления. Обследовано 27 детей с СДВГ с преобладанием дефицита внимания 8–14 лет до и после курса ЭЭГ-биоуправления. Для регистрации, обработки и анализа уровня постоянного потенциала головного мозга применялся аппаратно-программный диагностический комплекс «Нейроэнергометр-03». У детей с преобладанием дефицита внимания до курса ЭЭГ-биоуправления энергообеспечение головного мозга характеризовалось снижением уровня постоянного потенциала в лобных отделах, разностью потенциалов между лобным отведением и центральным, затылочным, правовисочным и левовисочным отведениями и нарушением принципа «куполообразности» распределения уровня постоянного потенциала. Курс занятий по ЭЭГ-биоуправлению проводился с использованием психофизиологического коррекционного комплекса «Реакор» 6 раз/нед. Для коррекции был выбран сценарий «бета/тета-тренинга». Результаты оценки распределения показателей энергетического метаболизма головного мозга у детей с СДВГ после курса ЭЭГ-биоуправления указывают на возрастание роли энергетического метаболизма во фронтальных и центральных отделах, что свидетельствует об эффективности психофизиологической коррекции с помощью функционального ЭЭГ-биоуправления.

✉ Панков Михаил Николаевич – канд. мед. наук доц, директор Ин-та медико-биол. исслед., Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова (Россия, 163002, г. Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17), e-mail: m.pankov@narfu.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: asoioviev1@yandex.ru;

Грибанов Анатолий Владимирович – д-р мед. наук проф., гл. науч. сотр. Ин-та медико-биол. исслед., Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова (Россия, 163002, г. Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17), e-mail: a.gribanov@narfu.ru.

Ключевые слова: клиническая психология, дети, синдром дефицита внимания, уровень постоянных потенциалов, энергетический метаболизм, ЭЭГ-биорегулирование.

Введение

Число детей с поражениями нервной системы неуклонно растет, при этом проблема формирования адаптивного поведения становится еще более актуальной, что обуславливает необходимость объективной оценки поведения детей как с нормой, так и с нарушениями в развитии для оказания своевременной специализированной помощи уже с младшего школьного возраста [9].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из распространенных поведенческих расстройств детского возраста, характеризующихся нарушениями внимания, гиперактивностью и импульсивностью [1, 5, 13]. Клинически принято выделять три формы этого синдрома: с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности и импульсивности и комбинированную форму. Проявления СДВГ у детей сопровождаются неблагоприятными психосоциальными ситуациями, возникающими в результате непонимания их в семье, школе, среди сверстников [2, 6, 8]. В связи с необходимостью коррекции проявлений СДВГ и поиском эффективных немедикаментозных методик для помощи таким детям значительный интерес представляет метод биологической обратной связи (БОС) по параметрам ЭЭГ, или функциональное ЭЭГ-биоуправление [10, 11].

Многими исследователями показана принципиальная возможность способности человека избирательно управлять спектром частот своей ЭЭГ, если при этом ему дается сигнал, информирующий об успехе или неуспехе в продуцировании желательного паттерна ЭЭГ. В этом и заключается специфика биоуправления: пациент и специалист непрерывно получают информацию о текущем значении контролируемых параметров в ходе процедуры, что в большинстве случаев позволяет качественно судить об успешности тренинга [7]. Способ представления информации о заданных параметрах может быть самым разным: от академических сухих графиков до игровых сюжетов. Позитивные изменения выбранной для коррекции «мишени» подкрепляются использованием компьютерных мультимедийных средств. Это могут быть разнообразные звуковые сигналы и экранные представления.

При всем разнообразии расстройств, которые входят в прерогативу биоуправления, сам процесс можно представить в виде замкнутого конту-

ра, включающего в себя пациента, датчики для регистрации той или иной физиологической информации, устройство ввода этой информации в компьютер и сам компьютер. Основной задачей биоуправления является не просто обучение осознанному управлению той или иной физиологической функцией, а перевод ее на другой уровень функционирования без постоянного или эпизодического волевого усилия пациента.

Данные об эффективности биоуправления, как правило, подтверждаются электроэнцефалографическими методами исследования центральной нервной системы детей с СДВГ [12, 14]. Однако до сих пор вопрос об изменении энергетического состояния головного мозга детей с СДВГ под влиянием ЭЭГ-биоуправления остается малоизученным. Распространенным и нетрудоемким методом, позволяющим достоверно оценивать энергетический метаболизм, является метод регистрации уровня постоянных потенциалов (УПП) головного мозга [4].

Исследования последних лет свидетельствуют, что постоянный потенциал (ПП) как разновидность сверхмедленных физиологических процессов головного мозга возникает в результате суммирования мембранных потенциалов нервных и глиальных клеток, а также разности потенциалов на мембранах гематоэнцефалического барьера, хотя их вклад в генез ПП в конкретных ситуациях может быть различным. Генерация мембранных потенциалов требует энергозатрат, идущих на совершение работы против электрохимического градиента потенциалобразующих ионов, поэтому параметры уровня ПП связаны с церебральными энергозатратами и позволяют оценивать их интенсивность.

Цель исследования – выявить изменения энергетического метаболизма у гиперактивных детей с дефицитом внимания при психофизиологической коррекции с помощью функционального ЭЭГ-биоуправления.

Материал и методы

Исследование проводили на базе центра компетенций развития ребенка «Содействие» Института медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального университета им. М.В. Ломоносова (г. Архангельск). В исследовании принимали участие 24 ребенка 9–12 лет с СДВГ с преобладанием дефицита внимания, родители которых дали информированное согласие на их обследование. Средний возраст детей был $(10,5 \pm 0,8)$ года.

На момент обращения в центр проявления СДВГ у каждого ребенка наблюдались более 6 мес и были выражены настолько, что приводили к

нарушению социальной адаптации в различных ситуациях: в школе, дома, в общении с окружающими.

Все дети прошли комплексное клинико-психофизиологическое обследование, включавшее регистрацию УПП. В наблюдении и обследовании каждого ребенка участвовали специалисты центра: педиатр, невролог, психиатр-психотерапевт, дефектолог, педагог-психолог, логопед, психофизиолог. Заключение формировали по результатам комплексного обследования всех специалистов.

Во время проведения курса занятий по ЭЭГ-биоуправлению медикаментозную терапию детям не назначали. Непосредственно перед началом курса БОС-тренинга детям проводили исследование ПП головного мозга. Через 1 мес после завершения курса ЭЭГ-биоуправления была повторно проведена регистрация УПП.

Для регистрации, обработки и анализа уровня ПП головного мозга применяли аппаратно-программный диагностический комплекс «Нейро-энергометр-03» [3]. Уровень ПП регистрировали монополярно с помощью неполяризуемых хлор-серебряных электродов (референтного и активного) и усилителя постоянного тока с входным сопротивлением 10 МОм. Референтный электрод располагали на запястье правой руки, активные – вдоль сагиттальной линии – в лобной, центральной, затылочной областях, а также в правом и левом височных отделах (точки Fz, Cz, Oz, Td, Ts по международной системе «10–20 %»).

Анализ УПП производили путем картирования полученных с помощью монополярного измерения значений УПП и расчета отклонений УПП в каждом из отведений от средних значений, зарегистрированных по всем областям головы, при котором появлялась возможность определить локальные значения УПП в каждой из областей, исключая влияния, идущие от референтного электрода.

Для коррекции выбрали сценарий «бета/тета-тренинга». В качестве точек отведения ЭЭГ-сигнала использовали FCz (между Fz и Cz) и PCz (между Pz и Cz). Контролируемыми параметрами являлись индекс мощности бета-1-ритма, индекс мощности тета-ритма и их соотношение.

Курс занятий по ЭЭГ-биоуправлению с помощью психофизиологического коррекционного комплекса «Реакор» для каждого ребенка составил 14 сеансов. Занятия проводили 6 раз/нед с одним выходным днем, одно занятие длилось 20–25 мин.

Полученные данные подвергли статистической обработке с использованием пакета методов STADIA 6.0, SPSS 12.0 for Windows и методов

анализа данных программы Excel. Оценку достоверности различий проводили с использованием t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Вилкоксона. Для исследования структуры взаимосвязей изучаемых переменных применяли корреляционный и факторный анализы.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов исследования показал, что у детей с СДВГ до курса ЭЭГ-биоуправления энергообеспечение головного мозга характеризовалось снижением УПП в лобных отделах (Fz), разностью потенциалов между лобным отведением и центральным (Fz-Cz), затылочным (Fz-Oz), правовисочным (Fz-Td) и левовисочным (Fz-Ts) отведениями и нарушением принципа «куполообразности» распределения УПП, что является характерными признаками СДВГ [4].

Известно, что фронтальный неокортекс отвечает за программирование и контроль деятельности, является ключевым звеном в функционировании когнитивной сферы человека и, в частности, высшим регуляторным центром произвольного внимания. Недостаточное энергетическое обеспечение, по нашему мнению, может приводить к несформированности и относительной незрелости лобных структур головного мозга у детей.

При факторном анализе показателей энергетического метаболизма головного мозга, зарегистрированных до начала курса тренировок, у детей с СДВГ было выделено 3 фактора, описывающих 74,6 % общей дисперсии (рис. 1).

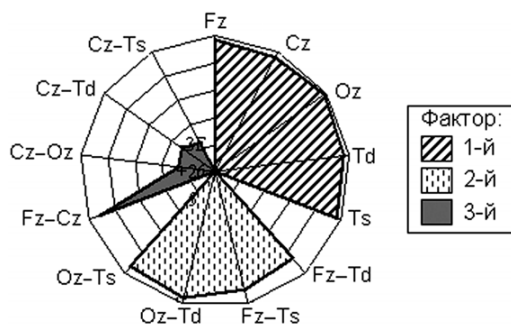


Рис. 1. Факторная модель распределения УПП уровней постоянных потенциалов головного мозга детей с СДВГ с преобладанием нарушений внимания до курса ЭЭГ-биоуправления

До курса ЭЭГ-биоуправления 1-й фактор (34,8 % дисперсии) характеризовал энергетический метаболизм во всех основных отделах головного мозга, 2-й (22,5 %) – взаимоотношения энергетического метаболизма в лобном и затылочном отведениях с височными, 3-й (17,4 %) – взаимоотно-

ношения разностей потенциалов лобного и центрального, центрального и затылочного, центрального и височных отделов мозга.

Курс ЭЭГ-биоуправления, состоящий из 14 сеансов, несколько изменил распределение УПП головного мозга у детей с СДВГ. Так, выявлена тенденция к повышению УПП в лобных отделах и существенное увеличение разности потенциалов между лобным и центральным ($p < 0,01$), лобным и левым височным ($p < 0,05$) отведениями (рис. 2).

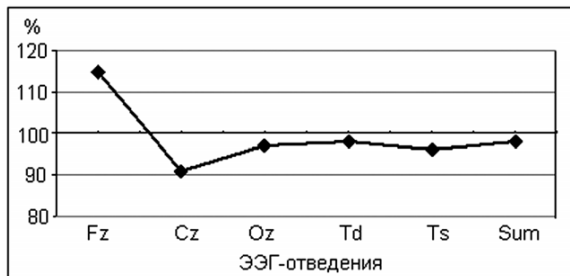


Рис. 2. Динамика УПП в стандартных отведениях у детей с СДВГ после курса ЭЭГ-биоуправления в процентах к исходным

В динамике УПП в остальных отведениях наметилась лишь тенденция к нормализации. То есть за один курс ЭЭГ-биоуправления произошли изменения энергетического метаболизма головного мозга, свидетельствующие прежде всего о повышении энергообеспечения фронтальных отделов головного мозга детей с СДВГ, что, по нашему мнению, является важным фактором при коррекции синдрома.

Это подтверждают и данные факторного анализа показателей энергетического метаболизма головного мозга, зарегистрированных через 1 мес после завершения курса ЭЭГ-биоуправления, 3 фактора которого описывают 77,7 % общей дисперсии (рис. 3).

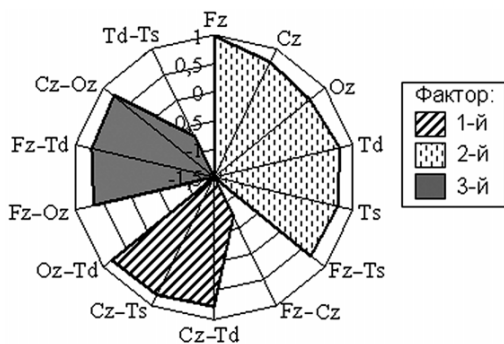


Рис. 3. Факторная модель распределения УПП головного мозга детей с СДВГ после курса ЭЭГ-биоуправления

Так, 1-й фактор (37,4%) объединил показатели энергетического метаболизма между лобным и центральным, между центральным и височными, между затылочным и правым височным отделами головного мозга; во 2-й (22,9 %) – вошли показатели энергетического метаболизма головного мозга, которые были до ЭЭГ-биоуправления в 1-м факторе, но к ним присоединился показатель энергетического метаболизма между лобным и височными отделами. 3-й фактор (17,4 %) характеризовал взаимоотношения энергетического метаболизма между лобным и височным, между центральным и затылочным, между правым и левым отделами головного мозга.

Сравнение факторной модели распределения показателей энергетического метаболизма головного мозга у детей с СДВГ до и после курса ЭЭГ-биоуправления указывает на возрастание роли энергетического метаболизма во фронтальных и центральных отделах в факторной структуре, что также свидетельствует об эффективности психофизиологической коррекции с помощью функционального ЭЭГ-биоуправления.

Заключение

Таким образом, результаты исследования показали, что психофизиологическая коррекция, состоящая из цикла сеансов функционального ЭЭГ-биоуправления по бета/тета-ритму, способствует нормализации энергетического метаболизма головного мозга у гиперактивных детей с дефицитом внимания, и прежде всего во фронтальных областях, где находится система управления поведением.

Литература

1. Баранов А.А., Белоусов Ю.Б., Бочков Н.П. [и др.]. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью : этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад). – М., 2007. – 64 с.

2. Баркли Р.А. Дети с вызывающим поведением : клинич. руководство по обследованию ребенка и тренингу родителей [пер. с англ.]. – М. : Теревинф, 2011. – 272 с.

3. Грибанов А.В., Джос Ю.С., Афанасенкова Н.В. [и др.]. Очерки психофизиологии детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. – Архангельск : Помор. ун-т, 2009. – 242 с.

4. Грибанов А.В., Панков М.Н., Подоплекин А.Н. Уровень постоянных потенциалов головного мозга у детей при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Физиология человека. – 2009. – Т. 35, № 6. – С. 43–48.

5. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения // Вопр. практич. педиатрии. – 2012. – Т. 7, № 1. – С. 54–62.

6. Карпунина Н.П., Слюсарь Т.А., Сотникова Т.Г. Особенности психофизиологического статуса у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2007. – № 4. – С. 10–12.

7. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г., Боев И.В. Применение биологической обратной связи в медико-психологической реабилитации жен военнослужащих // Экология человека. – 2015. – № 9. – С. 3–6.

8. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология / под ред. Н.Н. Заваденко : [пер. с англ.]. – М. : Теревинф, 2010. – Т. 2. – 336 с.

9. Сидорова Е.Ю., Бочарова Е.А., Соловьев А.Г. Объективизация оценки агрессивного поведения детей младшего школьного возраста с отклонениями в развитии // Психич. здоровье. – 2011. – Т. 9, № 9 (64). – С. 69–74.

10. Сохадзе Е.М., Хиллард Б., Энг М. [и др.]. ЭЭГ биоуправление улучшает сфокусированное внимание при синдроме дефицита внимания и гиперактивности // Бюл. сиб. медицины. – 2013. – Т. 12, № 2. – С. 182–194.

11. Arns M., Drinkenburg W., Leon-Kenemans J. The effects of qEEG-informed neuro feedback in ADHD : an open-label pilot study // Applied Psychophysiology Biofeedback. – 2012. – Vol. 37, N 3. – P. 171–180.

12. Gevensleben H., Holl B., Albrecht B. [et al.]. Distinct EEG effects related to neurofeedback training in children with ADHD : a randomized controlled trial // International Journal of Psychophysiology. – 2009. – Vol. 74. – P. 149–157.

13. Van de Putte E. Jong en moe – en misschien well met ADHD // De Psychiater. – 2007. – Vol. 14, N 4. – P. 18–19.

14. Van den Bergh W. Neurofeedback and State Regulation in ADHD : A Therapy Without medication. – BMED Press, 2010. – 288 p.

Поступила 25.01.2017

Для цитирования. Панков М.Н., Соловьев А.Г., Грибанов А.В. Изменения энергетического метаболизма головного мозга у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью при функциональном ЭЭГ-биоуправлении // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 131–141.

**CHANGES IN ENERGY METABOLISM OF THE BRAIN IN CHILDREN
WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER HYPERACTIVITY
IN FUNCTIONAL EEG BIOFEEDBACK**

Pankov M.N.¹, Soloviev A.G.², Griбанov A.V.¹

¹Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov
(Northern Dvina Embankment, 17, Arkhangelsk, Russia)

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

✉ Mikhail Nikolaevich Pankov – PhD Med. Sci. Associate Prof., Director of the Institute of Biomedical Research, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov Moscow State University (Northern Dvina Embankment, 17, Arkhangelsk, 163002, Russia), e-mail: m.pankov@narfu.ru;

Andrey Gorgonevich Soloviev – Dr. Med. Sci. Prof., Head. Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: asoiovievl@yandex.ru;

Anatoly Vladimirovich Griбанov, Dr. Med. Sci. Prof., Chief Researcher of the Institute of Biomedical Research, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov Moscow State University (Northern Dvina Embankment, 17, Arkhangelsk, 163002, Russia), e-mail: a.griбанov@narfu.ru.

Abstract. The article presents the results of a study of brain energy state of hyperactive children with symptoms of attention deficit disorder (ADHD) in the process of psychophysiological correction using functional EEG biofeedback. A total of 27 children with ADHD with predominance of attention deficit 8–14 years before and after the course of EEG biofeedback. For registration, processing and analysis of brain constant potential level applied hardware and software diagnostic complex "Neuroenergometr-03." In children with a predominance of attention deficit to EEG biofeedback rate brain power supply was characterized by a decrease in the level of constant potential in the frontal, the potential difference between the frontal leads and central, occipital, temporal leads and a violation of the principle of "domed" distribution of brain constant potential. The course for the EEG Biofeedback was performed using complex psychophysiological correction "Reakor". Classes are held six times a week with one day off. scenario "beta/theta training" has been selected for correction. The results of evaluation of indicators of the energy metabolism of the brain in children with ADHD before and after a course of EEG biofeedback point to the growing role of energy metabolism in the frontal and central areas, which indicates that the efficiency of the psychophysiological correction using functional EEG biofeedback.

Keywords: clinical psychology, children, the level of fixed potential, energy metabolism, attention deficit disorder, EEG biological control.

References

1. Baranov A.A., Belousov Yu.B., Bochkov N.P. [et al.]. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu : etiologiya, patogenez, klinika, techenie, prognoz, terapiya, organizatsiya pomoshchi (ekspertnyi doklad) [Attention deficit hyperactivity disorder: etiology, pathogenesis, clinical course, prognosis, therapy, assistance organization]. Moskva. 2007. 64 p. (In Russ.)
2. Barkli R.A. Deti s vyzvayushchim povedeniem [Children with challenging behavior]. Translation from English. Moskva. 2011. 272 p. (In Russ.)
3. Griбанov A.V., Dzhos Yu.S., Afanasenkova N.V. [et al.]. Ocherki psikhofiziologii detei s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Essays in psychophysiology of children with deficit of attention hyperactivity disorder]. Arkhangel'sk. 2009. 242 p. (In Russ.)
4. Griбанov A.V., Pankov M.N., Podoplekin A.N. Uroven' postoyannykh potentsialov golovnogogo mozga u detei pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [The Level of Cerebral DC Potentials in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2009. Vol. 35, N 6. Pp. 43–48. (In Russ.)
5. Zavadenko N.N. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu: diagnostika, patogenez, printsipy lecheniya [Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis, pathogenesis, treatment guidelines]. *Voprosy prakticheskoi pediatrii* [Clinical practice in pediatrics]. 2012. Vol. 7, N 1. Pp. 54–62. (In Russ.)
6. Karpunina N.P., Slyusar' T.A., Sotnikova T.G. Osobennosti psikhofiziologicheskogo statusa u detei s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Features of psychophysiological status in children with attention deficit hyperactivity disorder]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2007. N 4. Pp. 10–12. (In Russ.)
7. Kivorkova A.Yu., Solov'ev A.G., Boev I.V. Primenenie biologicheskoi obratnoi svyazi v mediko-psikhologicheskoi reabilitatsii zhen voennosluzhashchikh [The use of biofeedback in the medical and psychological rehabilitation of women soldiers]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015. N 9. Pp. 3–6. (In Russ.)
8. N'okikt'en Ch. Detskaya povedencheskaya nevrologiya [Children's Behavioral Neuroscience]. Ed. N.N. Zavadenko. Translation from English. Moskva 2010. Vol. 2. 336 p. (In Russ.)
9. Sidorova E.Yu., Bocharova E.A., Solov'ev A.G. Ob"ektivizatsiya otsenki aggressivnogo povedeniya detei mladshego shkol'nogo vozrasta s otkloneniyami v razvitiy [Objectification of assessment aggressive behavior of primary school-age children with developmental disabilities]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [The Russian mental health]. 2011. Vol. 9, N 9. Pp. 69–74. (In Russ.)
10. Sokhadze E.M., Khillard B., Eng M. [et al.]. EEG bioupravlenie uluchshaet sfokusirovannoe vnimanie pri sindrome defitsita vnimaniya i giperaktivnosti [EEG biofeedback improves the focused attention of the syndrome of attention deficit hyperactivity disorder]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of the Siberian medicine]. 2013. Vol. 12, N 2. Pp. 182–194. (In Russ.)

11. Arns M., Drinkenburg W., Leon-Kenemans J. The effects of qEEG-informed neuro feedback in ADHD : an open-label pilot study. *Applied Psychophysiology Biofeedback*. 2012. Vol. 37, N 3. Pp. 171–180.

12. Gevensleben H., Holl B., Albrecht B. [et al.]. Distinct EEG effects related to neurofeedback training in children with ADHD : a randomized controlled trial. *International Journal of Psychophysiology*. 2009. Vol. 74. Pp. 149–157.

13. Van de Putte E. Jong en moe – en misschien well met ADHD. *De Psychiater*. 2007. Vol. 14, N 4. Pp. 18–19.

14. Van den Bergh W. Neurofeedback and State Regulation in ADHD : A Therapy Without medication. BMED Press, 2010. 288 p.

Received 25.01.2017

For citing. Pankow M.N., Solov'ev A.G., Griбанov A.V. Izmeneniya energeticheskogo metabolizma u detei s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu pri funktsional'nom EEG-biouravlenii. *Vestnik psikhoterapii*. 2011. N 61. Pp. 131–141. **(In Russ.)**

Pankow M.N., Soloviev A.G., Griбанov A.V. Changes in energy metabolism in children with attention deficit disorder Hyperactivity in functional EEG Biofeedback. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 61. Pp. 131–141.

**СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА
«ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ» за 2016 г.**

Психиатрия и психотерапия

Аббатов В.А. Методология персонифицированной психотерапии. № 60 (65). С. 17–33.

Александров А.А. Соотношение когнитивного и аффективного в аналитико-катартической терапии. № 57 (62). С. 7–19.

Александров А.А. Методика аналитико-катартической терапии эмоциональных нарушений. № 60 (65). С. 34–43.

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

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

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

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

Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Медведев С.Э., Степанова А.В. Системные аспекты дестигматизации в психиатрии. № 60 (65). С. 74–86.

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

Курпатов В.И., Гладышенко А.В. Кризис или коллапс российской психотерапии? № 57 (62). С. 19–29.

Ливач Е.А., Грановская Р.М. Концепция позиций М. Кляйн и ее применение в психотерапевтической практике. № 60 (65). С. 44–59.

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

Решетников М.М. Современная психотерапия: медицинская и психологическая модели. № 60 (65). С. 7–16.

Чистяков М.С. Развитие взаимоотношений между психиатрическим (медицинским) и психотерапевтическим взглядами на психические расстройства. Общая модель или две разные (дополнительные) модели? № 60 (65). С. 59–74.

Медицинская психология

Алехин А.Н., Басангова Я.М. Формирование личности и нарушения поведения у современных подростков. № 60 (65). С. 87–98.

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

Березкин Д.В. Динамика функциональных показателей центральной нервной системы у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза в процессе комплексной реабилитации. № 60 (65). С. 98–112.

Бойчева А.В., Малкова Е.Е. Особенности репродуктивного поведения и отношения к репродуктивному здоровью современных девочек-подростков. № 59 (64). С. 126–138.

Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Рыжков А.И., Сердюков Д.Ю. Эмоциональные расстройства у больных с гипертонической болезнью молодого возраста при различных вариантах метаболического синдрома. № 57 (62). С. 59–70.

Горьковская И.А., Микляева А.В., Коргожа М.А. Специфика психологической помощи женщинам, перенесшим плановую и экстренную операцию кесарева сечения. № 60 (65). С. 137–149.

Ермаков П.Н., Фаенсон А.В., Труфанова О.К., Костенко Т.С. Этноконфессиональные особенности внутренней картины болезни онкологических больных. № 60 (65). С. 113–123.

Ермакова Н.Г. Применение программы индивидуальной психологической коррекции в процессе реабилитации больных с когнитивными и двигательными нарушениями после инсульта. № 57 (62). С. 30–48.

Змановская Е.В., Миропольская О.В. Теоретико-методологическое обоснование применения проективной методики Роршаха в комплексной диагностике психосоматических расстройств. № 57 (62). С. 83–99.

Кукушина А.А., Котельникова А.В., Ткаченко Г.А. Психопатологические особенности и половозрастные характеристики пациентов с нарушением двигательных функций. № 58 (63). С. 25–34.

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

Леушина Е.А. Особенности самооценки подростков с хроническими аллергическими заболеваниями. № 57 (62). С. 71–83.

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

Лысенко И.С., Караваева Т.А. Уровень и структура личностной и межличностной конфликтности у больных с невротическими расстройствами. № 58 (63). С. 57–74.

Малкова Е.Е., Машина Е.М. Проблема психологических, психолингвистических, нейропсихологических и клинических факторов отклонений в развитии речи современных дошкольников. № 58 (63). С. 125–137.

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

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

Озоль С.Н., Шустов Д.И., Федотов И.А. Акцентуации характера, алкогольная зависимость и несуицидальная аутоагрессия как косвенные показатели суицидального риска у врачей. № 58 (63). С. 85–92.

Парцернак С.А., Герцев А.В., Ицук В.Н. Оценка эффективности применения визуально-аудиальной стимуляции в комплексной терапии больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра. № 58 (63). С. 101–112.

Рыбников В.Ю., Морозова Е.В. Структурно-динамическая модель внутренней картины инвалидности в контексте психологической реабилитации. № 57 (62). С. 113–133.

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

Суховская О.А., Иванова С.С., Смирнова М.А. Психологические особенности личности при различном статусе курения. № 57 (62). С. 100–112.

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

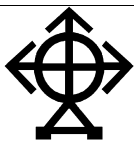
Тулупьева Т.В., Тафинцева А.С., Тулупьев А.Л. Подход к анализу отражения особенностей личности в цифровых следах. № 60 (65). С. 124–137.

Тушкова К.В. Анализ личностных функций (по Гюнтеру Аммону) у женщин с посттравматическим стрессовым расстройством, испытавших № 58 (63). С. 93–101.

Улюкин И.М., Григорьев С.Г. Многомерный факторный анализ психологического статуса больных в динамике ВИЧ-инфекции. № 57 (62). С. 134–146.

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

Яковлева М.В. Особенности личности и отношения к болезни пациентов, приверженных и неприверженных к лечению в восстановительном периоде после коронарного шунтирования. № 57 (62). С. 49–58.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) **по группам специальностей: 14.01.00 – клиническая медицина, 14.02.00 – профилактическая медицина и 19.00.00 – психологические науки.** Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся 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 заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 20.03.2017. Печать – ризография.

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

Объем 9,25 п. л. Заказ 13518.