

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 67 (72)

Санкт-Петербург
2018

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2018
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2018

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

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 67 (72)

**St. Petersburg
2018**

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2018

© International Institute of Human Potential Abilities, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Сорокин Н.В., Леонтьева М.О.

Динамика показателей качества жизни на фоне сеансов групповой поведенческой психотерапии 7

Игнатова Ю.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А.

Биопсихосоциальные факторы риска тревожных расстройств 18

Яковлев Е.В., Леонтьев О.В.

Оценка эффективности транквилоноотропной терапии в комплексном лечении неврозов с головной болью 33

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Ашанина Е.Н., Сенник М.Н.

Современные исследования техник аудио-визуального воздействия (обзор отечественной и иностранной литературы за 2011–2018 гг.) 44

Кузнецова Д.В., Мильчакова В.А.

Проблема психофизической саморегуляции: современные концепции и их физиологические механизмы 66

Иванова М.В.

Психологические предикторы социально-психологической адаптации у воспитанников Суворовского военного училища 92

Владимирова С.А., Змановская Е.В.

Профилактика эмоциональных и психосоматических нарушений у беременных женщин с конфликтным опытом детско-родительских отношений 106

Кольцова О.В., Сухарева Ю.В., Гусев Д.А.

Потребность в психологическом сопровождении у пациентов, инфицированных вирусом иммунодефицита человека и вирусом гепатита С, в процессе противовирусной терапии гепатита 118

Микита О.Ю., Лысенко Ю.С.

Качество жизни и смысложизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки 131

Информация о журнале 141

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Sorokin N.V., Leonteva M.O. Dynamics of indicators of quality of life against sessions of group behavioural psychotherapy	7
Ignatova Yu.A., Soloviev A.G., Novikova I.A. Biopsychosocial risk factors of anxiety disorders	18
Yakovlev E.V., Leontev O.V. Assessment of efficiency of trankvilnootrophy therapy in complex treatment of neuroses with the headache	33

MEDICAL PSYCHOLOGY

Ashanina E.N., Senik M.N. Modern researches of techniques of audio-visual entertainment (review of domestic and foreign literature for 2011–2018)	44
Kuznetsova D.V., Milchakova V.A. The problem of psychophysical self-regulation: modern concepts and their physiological mechanisms	66
Ivanova M.V. Psychological predictors of social-psychological adaptation for receivers of suvorovsky military school	92
Vladimirova S.A., Zmanovskaya E.V. Prevention of emotional and psychosomatic disorders in pregnant women with conflict experience of the child-parent relations	106
Koltsova O.V., Sukhareva Yu.V., Gusev D.A. The need for psychological support in patients infected with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus, in the course of antiviral therapy of hepatitis	118
Mikita O.Yu., Lysenko Yu.S. Quality of life and life orientations of patients with chronic renal failure before kidney transplantation	131
Information about the Journal	141

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851.6

Н.В. Сорокин¹, М.О. Леонтьева²

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ СЕАНСОВ ГРУППОВОЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

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

² Медицинский центр «Санавита»
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8).

В результате исследования проведена оценка эффективности медицинской реабилитации с использованием поведенческой психотерапии у пенсионеров МО РФ, перенесших инфаркт миокарда.

Исследование проводилось на базе санаторно-курортного комплекса «Западный» МО РФ. Всем больным проводилась комплексная оценка состояния сердечно-сосудистой системы с учетом результатов общеклинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Для оценки эффективности проводимой реабилитации у 93 больных в возрасте 40–70 лет, перенесших ИМ и прошедших реабилитацию использовался опросник определения качества жизни (КЖ). Полученные результаты позволили рекомендовать проведения занятий групповой поведенческой психотерапией у больных ИБС после ИМ и АКШ, как метода, повышающего эффективность реабилитации.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, поведенческая психотерапия, качество жизни.

Введение

Широкое внедрение хирургических методов лечения ИБС ведет к поиску схем реабилитации после различных видов оперативных вмешательств [1, 4]. Стал обязательным синдромно-патогенетический подход к разрабатываемым индивидуальным программам реабилитации.

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

Леонтьева Мария Олеговна – ст. лаборант мед. центра «Санавита» (Россия, 195220, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8), e-mail: lov63@inbox.ru.

Исследование проблемы реабилитации больных тесно связано с проблемой качества жизни (КЖ). Концепция качества жизни связанного со здоровьем (КЖСЗ), является фундаментальной для изучения эффективности реабилитационных программ [7]. Исследования последних лет доказывают значимость поисков путей разрешения этого вопроса [2, 3, 5, 9,]. Изучение КЖ позволяет дать количественную оценку многокомпонентных характеристик жизнедеятельности человека – его физического, психического и социального функционирования.

Цель исследования: оценка эффективности проводимой реабилитации с использованием поведенческой психотерапии у пенсионеров МО РФ, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе санаторно-курортного комплекса «Западный» МО РФ. Больным проводилась комплексная оценка состояния сердечно-сосудистой системы с учетом результатов общеклинических, лабораторных и инструментальных методов обследования для оценки эффективности проводимой реабилитации. Обследовано 93 больных в возрасте 40–70 лет, перенесших ИМ и прошедших этапы реабилитации. Все пациенты были разделены на 3 группы. В зависимости от цели реабилитации (после ИМ или АКШ), а также в зависимости от количества этапов реабилитации: 3 этапа (стационар – реабилитационное отделение – санаторий) или 2 этапа (стационар – санаторий). На основании данных опросника были проанализированы изменения показатели КЖ по различным шкалам у пациентов после АКШ (группа 1а, n = 31) и больных ИМ, прошедших 2 или 3 этапа реабилитации (группы 1б, n = 30 и 1с, n = 32), перед началом курса (Т1), на 2-3 сеансе курса (Т2) и после окончания курса (Т3) поведенческой психотерапии. Исследовались показатели по шкалам: Физическое функционирование (ФФ), Ролеевое физическое функционирование (РФФ), Боль (Б), Общее здоровье (ОЗ), Жизнеспособность (Ж), Социальное функционирование (СФ), Ролеевое эмоциональное функционирование (РЭФ), Общее здоровье (ОЗ), Жизнеспособность (Ж), Социальное функционирование (СФ), Ролеевое эмоциональное функционирование (РЭФ), Психическое здоровье (ПЗ).

Изменения показателей КЖ по различным шкалам были проанализированы также у больных, которым курс поведенческой психотерапии не проводился (группа 2, n = 30).

Результаты исследования

В группе 1а данные шкал ФФ, РФФ и Б достоверно улучшались со временем (табл. 1). Анализ данных по шкале ОЗ показывает улучшение КЖ группы 1а больных ИБС на фоне прохождения и после окончания курса поведенческой психотерапии, по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$). Показатели шкалы СФ и Ж также достоверно улучшались. Показатели шкалы РЭФ после окончания курса поведенческой психотерапии достоверно улучшались по сравнению с исходными ($p < 0,05$). Данные шкалы ПЗ группы 1а больных после АКШ также улучшались на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии, при этом было выявлено достоверное улучшение показателя по этой шкале после окончания курса поведенческой психотерапии по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$).

Таким образом, основываясь на данных полученных прежде всего по шкалам ОЗ и ПЗ, можно говорить об улучшении КЖ группы 1а больных после АКШ на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии (табл. 1).

Таблица 1
Динамика показателей КЖ больных группы 1а ($n = 31$), ($M \pm m$)

Название шкалы	T 1	T 2	T 3
Физическое функционирование (ФФ)	46,8 ± 7,4	52,7 ± 6,2*	61,4 ± 7,1***
Ролевое физическое функционирование (РФФ)	45,6 ± 2,3	46,3 ± 2,0	48,1 ± 1,9***
Боль (Б)	56,9 ± 1,8	58,3 ± 1,7*	58,9 ± 1,8**
Общее здоровье (ОЗ)	49,2 ± 4,8	56,8 ± 5,4*	64,2 ± 5,6***
Жизнеспособность (Ж)	48,5 ± 5,7	55,7 ± 4,7*	61,5 ± 4,6***
Социальное функционирование (СФ)	50,6 ± 4,8	56,1 ± 5,6*	63,3 ± 5,4***
Ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ)	51,7 ± 4,3	61,7 ± 4,6*	69,9 ± 6,4***
Психическое здоровье (ПЗ)	48,4 ± 4,2	58,7 ± 4,6*	65,9 ± 4,9***

* – $p < 0,05$ между T1 (перед началом курса) и T2 (на 2-3 сеансе курса);

** – $p < 0,05$ между T1(перед началом курса) и T3 (после окончания курса);

*** – $p < 0,05$ между T1 и T3, T2 и T3

Данные изменения показателей КЖ по различным шкалам были проанализированы у группы 1b больных с ИБС (30 мужчин в возрасте 40–70 лет, перенесших ИМ и прошедших три этапа реабилитации). Всем им проводилась поведенческая психотерапия.

Результаты исследования (табл. 2) показали, что данные шкалы ФФ у 1b группы больных достоверно улучшались на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии. После окончания курса поведенческой психотерапии такая положительная динамика была еще более выражена. Изменения показателей шкалы РФФ и Б демонстрировали в конце курса поведенческой психотерапии лишь тенденцию к улучшению. КЖ у пациентов 1b группы на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии, согласно показателям шкал ОЗ, СФ и РЭФ, улучшалось нагляднее. Данные таблицы 2 свидетельствуют о достоверном улучшении показателей после окончания курса поведенческой психотерапии по сравнению с данными перед началом курса ($p < 0,05$) и данными на 2-3 сеансе курса ($p < 0,05$). Динамика показателей шкалы Ж была также положительной и демонстрировала выраженное улучшение показателя после окончания курса поведенческой психотерапии, который достоверно отличался от данных перед началом курса поведенческой психотерапии ($p < 0,05$) и на 2-3 сеансе курса ($p < 0,05$). Данные шкалы ПЗ показывают, что КЖ в группе 1b улучшалось на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии. Анализ показал достоверные различия между показателями перед началом курса поведенческой психотерапии и на 2-3 сеансе, перед началом курса и после окончания его, а также на 2-3 сеансе курса и после окончания его.

КЖ больных 1b группы на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии, согласно показателям всех шкал опросника достоверно улучшалась (табл. 2).

Были проанализированы изменения показателей КЖ по различным шкалам у 1с группы больных с ИБС (перенесших ИМ и прошедших два этапа реабилитации) на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии.

Таблица 2

Динамика показателей КЖ больных группы 1b (n = 30), (M ± m)

Название шкалы	T 1	T 2	T 3
Физическое функционирование (ФФ)	58,4 ± 4,1	63,2 ± 3,5*	67,8 ± 3,4**
Рольное физическое функционирование (РФФ)	44,6 ± 2,3	46,3 ± 2,0*	48,4 ± 1,9**
Боль (Б)	57,6 ± 1,8	57,9 ± 1,7	59,9 ± 1,8**
Общее здоровье (ОЗ)	56,9 ± 2,6	64,3 ± 2,4*	68,7 ± 2,4**
Жизнеспособность (Ж)	54,8 ± 2,3	61,4 ± 2,8*	68,2 ± 2,9**
Социальное функционирование (СФ)	51,6 ± 2,3	63,1 ± 2,4*	69,7 ± 2,2**
Рольное эмоциональное функционирование (РЭФ)	58,6 ± 2,9	68,1 ± 2,3*	77,8 ± 2,2**
Психическое здоровье (ПЗ)	54,7 ± 2,3	64,8 ± 2,8*	71,8 ± 2,9**

* – $p < 0,05$ между T1 (перед началом курса) и T2 (на 2–3 сеансе курса);** – $p < 0,05$ между T1 и T3, T2 и T3

Данные шкалы ФФ, РФФ и Б группы 1с на 2-3 сеансе курса поведенческой психотерапии не менялись и наблюдался отсроченный эффект – достоверное улучшение после окончания курса поведенческой психотерапии. Что касается показателя шкалы ОЗ, то после окончания курса поведенческой психотерапии он был достоверно выше по сравнению с показателем до начала курса и в ходе занятий курса поведенческой психотерапии ($p < 0,05$). Средний показатель шкалы Ж группы 1с почти не менялся на фоне курса поведенческой психотерапии по сравнению с исходным значением. При этом были обнаружены достоверные различия показателей шкалы Ж после окончания курса поведенческой психотерапии по сравнению с исходными данными и с показателем на 2-3 сеансе курса поведенческой психотерапии ($p < 0,05$). Динамика показателей шкалы РЭФ была более выражена и демонстрировала достоверное улучшение уже на 2-3 сеансе курса поведенческой психотерапии по сравнению с исходными данными, а также по окончании курса ($p < 0,05$). Такое же различие было обнаружено и для показателей по шкале СФ – для данных до начала курса и после его окончания ($p < 0,05$), и данных на 2-3 сеансе курса и по его окончании ($p < 0,05$). При этом средний показатель шкалы СФ на 2-3 сеансе курса поведенческой психотерапии незначительно ухудшался по

сравнению с исходным средним показателем этой шкалы. Динамика по шкале ПЗ была положительной на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии. Показатель ПЗ после окончания курса был достоверно выше по сравнению с исходным и по сравнению с данными на 2-3 сеансе курса поведенческой психотерапии ($p < 0,05$).

Таким образом, показатели большинства шкал, в том числе ОЗ и ПЗ, демонстрируют, что у больных 1с группы на фоне прохождения курса поведенческой психотерапии улучшается КЖ (табл. 3).

Таблица 3

Динамика показателей КЖ больных 1с группы ($n = 32$), ($M \pm m$)

Название шкалы	T 1	T 2	T 3
Физическое функционирование (ФФ)	59,9 ± 3,4	59,8 ± 3,3	64,7 ± 3,5**
Ролевое физическое функционирование (РФФ)	46,1 ± 2,3	46,3 ± 2,0	48,1 ± 1,9**
Боль (Б)	56,8 ± 1,8	57,9 ± 1,7*	59,9 ± 1,8**
Общее здоровье (ОЗ)	59,7 ± 2,6	60,3 ± 2,4	65,5 ± 2,6**
Жизнеспособность (Ж)	55,8 ± 2,6	56,2 ± 2,3	61,2 ± 2,3**
Социальное функционирование (СФ)	57,8 ± 2,6	57,6 ± 2,5	62,2 ± 2,6**
Ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ)	65,7 ± 2,8	67,3 ± 2,4*	74,3 ± 2,5**
Психическое здоровье (ПЗ)	59,9 ± 2,4	60,4 ± 2,1	65,9 ± 2,3**

* – $p < 0,05$ между T1 (перед началом курса) и T2 (на 2–3 сеансе курса);

** – $p < 0,05$ между T1 и T3, T2 и T3

Исследование КЖ проводилось в группе 2 (контрольная) в аналогичный период по времени пребывания в санатории (табл. 4).

Исследования показали, что у группы 2 показатель шкалы ФФ по окончании пребывания в санатории не изменялся по сравнению с данными перед началом лечения и они достоверно не различались ($p < 0,05$). По окончании санаторно-курортного лечения показатель ФФ также имел тенденцию к снижению по сравнению с данными в середине пребывания в санатории ($p < 0,05$). Данные по шкалам РФФ и Б этой группы имели положительную динамику на фоне пребывания больных в санатории, однако эти различия не были

достоверны. Анализ шкалы ОЗ показывает тенденции к улучшению КЖ больных на фоне пребывания в санатории и в конце пребывания. Показатели шкалы Ж группы 2 ухудшились к концу пребывания в санатории, и эти различия были достоверны. Данные по шкале СФ этой группы также улучшались на фоне пребывания в санатории. При этом показатель СФ в начале пребывания в санатории был достоверно ниже, чем показатель по окончании пребывания. В середине пребывания отмечалось достоверное снижение показателя. Показатели РЭФ не изменялись от момента начала пребывания в санатории к моменту окончания. Показатели шкалы ПЗ этой группы имели положительную динамику на фоне пребывания больных в санатории, при этом к концу пребывания в санатории были достоверно выше исходных ($p < 0,05$).

Таблица 4

Динамика показателей КЖ больных группы 2 ($n = 30$), ($M \pm m$)

Название шкалы	T 1	T 2	T 3
Физическое функционирование (ФФ)	48,9 ± 2,8	53,9 ± 5,7	49,8 ± 4,8***
Рольное физическое функционирование (РФФ)	54,6 ± 2,3	55,3 ± 2,0	57,1 ± 1,9**
Боль (Б)	57,4 ± 1,8	59,7 ± 1,7	59,9 ± 1,8
Общее здоровье (ОЗ)	48,7 ± 1,8	51,5 ± 3,3	53,4 ± 2,5**
Жизнеспособность (Ж)	57,9 ± 2,7	60,6 ± 2,9*	56,7 ± 2,9***
Социальное функционирование (СФ)	53,2 ± 3,4	51,9 ± 3,8*	56,8 ± 3,4***
Рольное эмоциональное функционирование (РЭФ)	48,3 ± 2,9	48,6 ± 4,9	49,0 ± 4,7
Психическое здоровье (ПЗ)	49,8 ± 1,8	50,7 ± 2,7*	53,3 ± 2,4**

* – $p < 0,05$ между T1 (перед началом курса) и T2 (на 2–3 сеансе курса);

** – $p < 0,05$ между T1(перед началом курса) и T3 (после окончания курса);

*** – $p < 0,05$ между T1 и T3, T2 и T3

Таким образом, на основании показателей большинства шкал опросника можно констатировать, что КЖ группы 2 (контрольной) во время пребывания в санатории значительно не улучшилось, однако в целом имела место тенденция к улучшению (табл. 4). Учитывая, что исследование проводилось всем группам больных в одинаковый период, вероятно, что на улучшение КЖ данной группы в основном оказывало положительное влияние

пребывание в санатории и общий курс реабилитации. Однако у данной группы больных впервые во время нашего исследования отмечалось отсутствие значимой динамики показателей КЖ, а также их снижение по отдельным шкалам.

В дальнейшем был проведен сравнительный анализ динамики КЖ больных всех групп между собой и с контрольной группой. Показатели КЖ сравнивались по каждой точке исследования по двум основным шкалам ОЗ и ПЗ. Показатели данных шкал опросника у группы 2 в период пребывания в санатории были достоверно ниже, чем показатели этих шкал у всех других групп со 2-3 сеанса курса поведенческой психотерапии.

Полученные данные убедительно показывают, что добавление в систему реабилитации методов поведенческой психотерапии положительно сказывается на уровне общего и психического здоровья и социального функционирования. Это подтверждает эффективность психологической реабилитации и целесообразность ее раннего проведения. При этом надо всегда учитывать особенности индивидуальной программы реабилитации.

Выводы

Полученные результаты позволяют рекомендовать проведение занятий групповой поведенческой психотерапией у больных ишемической болезнью сердца после перенесенного инфаркта миокарда и аорто-коронарного шунтирования как метода, повышающего эффективность медицинской реабилитации в условиях санаторно-курортного лечения.

Литература

1. Виллер А.Г. Хирургическая эндоваскулярная реканализация венечных артерий и аутовенозных шунтов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 34 с.
2. Гоголева М.Н. Медико-социальный анализ качества жизни и клинико-организационные особенности пульмонологической помощи больным саркоидозом легких и идиопатическим фиброзирующим альвеолитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 24 с.
3. Горбатов Е.А. Качество жизни, эхокардиографические показатели и вариабельность сердечного ритма у пациентов с атриовентрикулярными узловыми реципроктными тахикардиями до и в течение одного года после модификации медленной части атриовентрикулярного соединения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.
4. Ибатов А. Д., Качество жизни у больных со стенокардией // Врач. – 2004. – № 2. – С. 37–38.

5. Кремнев Ю. А., Замотаев Ю.Н. Возможности оптимизации системы медицинской реабилитации военнослужащих после операции аортокоронарного шунтирования // Кардиология. – 2004. – Т. 44, № 2. – С. 11–14.
6. Крюков Н.Н., Крючков Н.Н., Качковский М. А. Методологические аспекты оценки качества жизни военнослужащих // Воен.-мед. журн. – 2005. – Т. 326, № 4. – С. 8–10.
7. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация : практ. рук. для врачей – М. : Практик. медицина, 2006. – 415 с.
8. Сыркин А.Л. Инфаркт миокарда. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : МИА, 2003. – 465 с.
9. Morgan K., McGee H., Shelley E. Quality of life assessment in heart failure interventions: a 10-year (1996-2005) review.// Eur. J Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2007. – Vol. 14, № 5. – P. 589–607.

Поступила 31.08.2018

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

Для цитирования. Сорокин Н.В., Леонтьева М.О. Динамика показателей качества жизни на фоне сеансов групповой поведенческой психотерапии // Вестн. психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 7–17.

DYNAMICS OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE AGAINST SESSIONS OF GROUP BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY

Sorokin N.V.¹, Leonteva M.O.²

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

²Medical center "Sanavita"
(Nauki Ave., 8, St. Petersburg, Russia).

✉ Nikolay Vasilyevich Sorokin – PhD. Med. Sci, assistant to chair of hospital therapy Kirov Military Medical Academy Russia (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Maria Olegovna Leonteva – Senior Lab Technician of the Sanavita Medical Center (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, 195220, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru.

Abstract. As a result of research it is carried out it is estimated efficiency of medical rehabilitation with use of behavioural psychotherapy at pensioners of MO Russian Federation which transferred the myocardial infarction.

Research was conducted on the basis of SKK "Western". All patient carried out a complex assessment of a condition of cardiovascular system taking into account results of all-clinical, laboratory and tool methods of inspection. For an assessment 93 patients at the age of 40–70 years which transferred THEM and last three stages of rehabilitation. Use of KZh as criterion of efficiency of rehabilitation allowed to recommend carrying out occupations of group behavioural psychotherapy in system of medical rehabilitation of sick IBS after IM and AKSh.

Keywords: myocardial infarction, behavioural psychotherapy, quality of life.

References

1. Viller A.G. KHirurgicheskaya ehndovaskulyarnaya rekanalizatsiya venechnykh arterij i autovenoznykh shuntov [Hirurgicheskaya endovascular rekanalization of oronal arteries and autovenoznykh of shunts]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2008. 34 p. (In Russ)

2. Gogoleva M.N. Mediko-sotsial'nyj analiz kachestva zhizni i kliniko-organizatsionnye osobennosti pul'monologicheskoy pomoshhi bol'nym sarkoidozom legkikh i idiopaticeskim fibroziruyushhim al'veolitom [Medico-social analysis of quality of life and kliniko-organizational features of the pulmonary help to patients sarkoidozy lungs and idiopathic fibroziruyushchy alveolit]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2008. 24 p. (In Russ)

3. Gorbatov E.A Kachestvo zhizni, ehkhokardiograficheskie pokazateli i variabil'nost' serdechnogo ritma u patsientov s atrioventrikulyarnymi uzlovymi retsiproktnymi takhikardiymi do i v techenie odnogo goda posle modifikatsii medlennoj chasti atrioventrikulyarnogo soedeneniya [Quality of life, echocardiographic indicators and variability of a warm rhythm at patients with atrioventricular nodal retsiproktny tachycardias to and within one year after modification of slow part of atrioventricular connection] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2005. 25 p. (In Russ)

4. Ibatov A.D. Kachestvo zhizni u bol'nykh so stenokardiej [Quality of life at patients with stenocardia]. *Vrach* [The Doctor]. 2004. N. 2. Pp. 37–38. (In Russ)

5. Kremnev Yu.A., Zamotayev Yu.N. Vozmozhnosti optimizatsii sistemy meditsinskoj reabilitatsii voennosluzhashhikh posle operatsii aortokoronarnogo shuntirovaniya [Possibilities of optimization of system of medical rehabilitation of the military personnel after operation of aortocoronary shunting]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2004. Vol.44, N. 2. Pp. 11–14. (In Russ)

6. Kryukov N.N., Kryuchkov N.N., Kachkovskij M. A. Metodologicheskie aspekty otsenki kachestva zhizni voennosluzhashhikh [Methodological aspects of an assessment of quality of life of the military personnel]. *Voенno-meditsinskij zhurnal* [Military medical journal]. 2005. Vol. 326, N. 4. Pp. 8–10. (In Russ)

7. Malyavin A.G. Respiratornaya meditsinskaya reabilitatsiya [Respiratory medical rehabilitation]. Moskva. 2006. 415 p. (In Russ)

8. Syrkin A.L. Infarkt miokarda [Myocardial infarction]. Moskva. 2003. 465 p. (In Russ)
9. Morgan K., McGee H., Shelley E. Quality of life assessment in heart failure interventions: a 10-year (1996-2005) review. *Eur. J Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2007. Vol. 14, N 5. Pp. 589–607.

Received 31.08.2018

For citing. Sorokin N.V., Leont'eva M.O. Dinamika pokazatelej kachestva zhizni na fone seansov gruppovoj povedencheskoj psikhoterapii. *Vestnik psikhoterapii.* 2018. N 67. Pp. 7–17. (In Russ.)

Sorokin N.V., Leonteva M.O. Dynamics of indicators of quality of life against sessions of group behavioural psychotherapy. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2018. N 67. Pp. 7–17.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

¹ Архангельская клиническая психиатрическая больница
(Россия, Архангельская обл., Приморский р-н, пос. Талаги, д. 31);

² Северный государственный медицинский университет
(Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51)

С целью выявления биопсихосоциальных факторов риска тревожных расстройств (ТР) обследовано 205 пациентов. Группу сравнения составили 170 пациентов с соматической патологией без ТР. Установлено, что к биопсихосоциальным факторам риска относятся: возраст 18–29 лет, отягощенная наследственность, употребление алкоголя, присутствие насилия и гиперопеки в родительских семьях, наличие соматической патологии, патохарактерологические тревожные личностные черты. Выявленные особенности биопсихосоциальных факторов риска ТР необходимо учитывать при дифференцированном интегративном подходе к каждому пациенту, что поможет применить индивидуальную тактику в лечении ТР.

Ключевые слова: тревожное расстройство, биопсихосоциальные факторы, психотравмирующие факторы, клиническая (медицинская) психология.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 50 % мирового населения в определенный момент своей жизни страдает нервно-психическими расстройствами [18]. Эпидемиологические исследования показывают, что тревожные расстройства (ТР) – вторая по распространенности группа психических нарушений после расстройств настроения. Их распространенность составляет от 6 до 13,6 % [1, 20]. ТР часто встречаются в общемедицинской практике у больных с соматическими заболеваниями: более чем у 20 % пациентов, приходящих на врачебные консультации, наблю-

✉ Игнатова Юлия Александровна – врач-психиатр, Архангельская клинич. психиатр. б-ца (Россия, 163530, Архангельская обл., Приморский р-н, пос. Талаги, д. 31). e-mail: kuzenka11@gambler.ru;

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

Новикова Ирина Альбертовна – д-р мед. наук проф., каф. семейной медицины и внутренних болезней, Сев. гос. мед. ун-т (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: ianovikova@mail.ru.

даются клинически значимые симптомы тревоги [4]. При этом несвоевременность выявления психических расстройств оказывает неблагоприятное влияние на возникновение, течение, эффективность терапии и отдаленный прогноз многих соматических заболеваний, в частности ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, цереброваскулярной болезни, онкологических заболеваний и др. [9]. Так, наличие тревоги у постинфарктных больных повышает суммарный риск сердечно-сосудистой смертности в 3 раза [23]. Немногочисленные исследования свидетельствуют о повышенном риске развития ТР при сахарном диабете [16], при этом аффективные нарушения рассматриваются в качестве важной составной части клинической картины заболевания и приводят к снижению приверженности терапии, повышая тем самым риск развития декомпенсации углеводного обмена и появление осложнений заболевания [13].

В общемедицинской сети ТР часто остаются недиагностированными в связи с низкой информированностью врачей, небольшим временем отведенным для осмотра, и тем, что пациенты чаще связывают свои симптомы исключительно с физическим состоянием [10].

ТР значительно влияют на качество жизни человека, нарушая его функционирование в профессиональной, социальной и семейной сферах, а также вызывая постоянный психологический дискомфорт и крайне неприятные соматические симптомы, с учетом внутренней картины болезни [14]. Вопреки распространенному мнению, исключительную опасность представляют субсиндромальные ТР, длительное персистирование которых без терапии может со временем достигать уровня развернутых психопатологических расстройств. Так, изучение качества жизни пациентов с субсиндромальной тревогой демонстрирует, что по параметрам профессиональной и социальной активности снижение уровня качества жизни у них сопоставимо с пациентами, имеющими развернутое ТР, и достоверно хуже по сравнению со здоровыми лицами [3].

К сожалению, ограничение времени для приема пациентов, особенно в амбулаторных условиях, обычно не позволяет использовать диагностические инструменты (шкалы Кови, Шихана, Бека и др.), применяемые в клинических исследованиях и требующие специальной подготовки врача. Некоторым подспорьем для скрининга больных с симптомами тревоги могут служить валидизированные опросники для самооценки (шкалы Тэйлора, Спилбергера, Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии), которые заполняются паци-

ентом, например, во время ожидания приема врача. Использование субъективных психометрических шкал позволяет минимизировать затраты на проведение скрининга возможных психических расстройств у населения, при этом для интерпретации полученных результатов не требуется специальных знаний у врачей амбулаторных лечебно-профилактических учреждений.

Данная проблема представляется актуальной еще и потому, что в первичной медико-санитарной сети пациенты с субклиническими уровнями тревоги потребляют непропорционально большую долю медицинских ресурсов [19]. Таким образом, дифференцированная оценка биопсихосоциальных факторов ТР имеет немаловажное значение для улучшения клинической диагностики ТР и интегративного подхода в лечении.

Цель исследования – выявить биопсихосоциальные факторы риска ТР.

Материал и методы

Объект исследования: сплошная выборка, состоящая из 205 пациентов (основная группа, ОГ) смешанного психиатрического отделения (пограничных психических расстройств) Архангельской клинической психиатрической больницы за 2014–2015 гг., из них мужчин в возрасте 18–59 лет было 63 (30,7 %) и женщин в возрасте 18–54 года – 142 (69,3 %).

Группу сравнения (ГС) составили 170 человек, из них мужчин 18–59 лет было 53 (31,2 %) и женщин в возрасте 18–54 года – 117 (68,8 %), не имеющих психических расстройств, находящихся на лечении в терапевтическом отделении Архангельской городской клинической больницы № 4.

Все обследованные лица подписали добровольное информированное согласие на участие в нем.

Для проведения исследования использовались следующие методы:

– психопатологический (оценка психического статуса, а также сбор анамнестических сведений, содержащих информацию о социально-демографических характеристиках, поведенческих привычках, анамнестических данных, социально-бытовых условиях жизни и т. д.);

– патопсихологический – для оценки патохарактерологических личностных особенностей пациента (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), индивидуальный типологический опросник (ИТО));

– анализ документальных источников (первичная медицинская документация, учетная форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара»).

Качественные данные представили в виде процентных долей. Для определения наличия взаимосвязи между качественными переменными использовали тест χ^2 Пирсона. Сравнение пар средних величин выполнили с помощью теста Стьюдента (в случае нормального распределения) и теста Манна–Уитни (в случае распределения, отличающегося от нормального). Для сравнения непрерывных величин применяли дисперсионную модель ANOVA (при необходимости вводили значимые ковариаты). Достоверными считали отличия при $p < 0,05$. Статистический анализ данных выполнили с помощью системы статистического анализа и извлечения информации STATA (версия 11.0).

Результаты и их анализ

При анализе социально-демографических характеристик лиц с ТР были выявлены сходства и различия по ряду признаков (табл. 1). Среди обследуемых в обеих группах преобладали женщины, а также представители старшей возрастной группы (40–59 лет). Однако статистически значимые различия были выявлены в возрастной подгруппе 18–29 лет по сравнению с другими, что позволяет рассматривать более молодой возраст как один из факторов риска распространения ТР.

В группе ОГ в сравнении с ГС достоверно реже отмечалось высшее образование ($p \leq 0,01$) и чаще – среднее образование ($p \leq 0,05$). Были обнаружены статистически значимые взаимосвязи между ТР и образованием пациентов ($p \leq 0,05$). Среди обследованных лиц более $2/3$ проживали в городе.

Профессиональная занятость больных ТР была различной. Основную часть респондентов ОГ составили работающие лица; в ГС распределение по данному признаку было сходным.

Почти $1/3$ пациентов из группы ОГ отметили различные психические нарушения у ближайших родственников (родители, бабушки, дедушки), в то же время, в ГС достоверно реже отмечалось отягощенная психическими расстройствами наследственность ($p \leq 0,05$), что позволяет говорить о весомой роли наследственного фактора в распространении тревоги.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики у лиц в группах, n (%)

Признак		ОГ	ГС	p <
Пол	женский	63 (30,7)	53 (31,2)	
	мужской	142 (69,3)	117 (68,8)	
Возраст, лет	18–29	55 (26,8)	31 (18,2)	0,05
	30–39	58 (28,3)	67 (39,5)	0,05
	40–59	92 (44,9)	72 (42,3)	
Образование	среднее образование	54 (25,8)	17 (10,3)	0,05
	средне-специальное	96 (46,3)	82 (48,0)	
	высшее	45 (21,9)	71 (41,7)	0,01
	незаконченное высшее	10 (5,0)	0	
Место проживания	село	114 (55,6)	99 (58,7)	
	город	59 (28,8)	55 (32,4)	
Профессиональная занятость	работающие	8 (3,9)	10 (5,8)	
	неработающие	24 (11,7)	6 (3,1)	
	учащиеся	50 (24,4)	35 (20,6)	
	пенсионеры	155 (75,6)	135 (79,4)	
Наследственность	отягощенная	63 (30,7)	24 (14,1)	0,05
	не отягощенная	122 (59,5)	146 (85,9)	0,05
Отношение к алкоголю	отсутствует зависимость от алкоголя	152 (74,1)	151 (88,8)	0,05
	эпизодическое употребление алкоголя	53 (20,0)	19 (11,2)	0,05
Особенности микроклимата в семье	гиперопека	78 (38,0)	20 (11,8)	0,05
	воспитанием занималась мать	28 (13,7)	21 (12,4)	
	недостаток внимания в семье	49 (23,9)	31 (18,2)	
	насилие в семье	28 (13,7)	0	0,05
	развод родителей	85 (41,5)	20 (11,8)	0,01

Установлена взаимосвязь ($p \leq 0,05$) между употреблением алкоголя и тревогой. В группе пациентов ОГ в сравнении с группой ГС чаще отмечалось эпизодическое употребление алкоголя ($p \leq 0,05$), что говорит об наличии у обследованных нарушений социально-психологической адаптации, начиная еще с подросткового возраста [8].

Анализ микроклимата в семьях пациентов ОГ и особенностей воспитания показал, что чаще отмечались в сопоставлении с ГС развод родителей ($p \leq 0,01$) и насилие в семье ($p \leq 0,05$).

Нами была выявлена и оценена частота встречаемости типов акцентуаций характера по данным тестов СМИЛ и ИТО (табл. 2). В группе лиц с ТР только 8,9 % не имели акцентуаций характера, тогда как в группе сравнения таких лиц было в 4 раза больше (44,1 %).

Таблица 2
Типы акцентуаций характера по данным СМИЛ и ИТО в группах пациентов, n (%)

Личностная характеристика	ОГ	ГС	p <
Тревожный тип	120 (58,5)	45 (26,5)	0,01
Эмоционально-лабильный тип	26 (12,7)	35 (20,6)	
Личностно-аномальный тип	28 (13,6)	15 (8,8)	0,05
Психастенический тип	5 (2,4)	0	
Интровертированный тип	8 (3,9)	0	
Отсутствие акцентуаций	18 (8,9)	75 (44,1)	0,001
Всего	205 (100,0)	170 (100,0)	

Самой частой ОГ была тревожная акцентуация характера. Она отмечалась у более $1/2$ пациентов, в то же время, в ГС такая акцентуация отмечалась в 2 раза реже и была у $1/4$ пациентов. У таких пациентов выявлялись напряженность защитно-компенсаторных форм поведения, повышенная конфликтность системы отношений и искаженность «Я-концепции», психогенно обусловленная дезадаптация с преимущественным образованием тревожно-фобических реакций и соматизацией аффекта.

Эмоционально-лабильный тип акцентуации отмечался в ОГ у каждого десятого пациента, в то же время в ГС такие черты имелись у $1/4$ респондентов. Личностно-аномальный тип акцентуации характера в основной группе встречался чаще ($p \leq 0,05$).

В ОГ у небольшого числа пациентов отмечались интровертированный и психастенический типы акцентуаций характера, в то же время в ГС данных акцентуаций не встречалось.

Обращал на себя внимание факт наличия психотравмирующей ситуации, послужившей дебюту ТР или спровоцировавшей очередное ухудшение состояния при хроническом течении ТР (табл. 3).

Все пациенты ОГ указывали на наличие психотравмирующей ситуации, которая предшествовала госпитализации их в стационар. При этом более 25 % респондентов отмечали семейный характер стрессовой ситуации (взаимоотношения с близкими, родственниками, конфликты в семье и т. д.), каждый пятый – смерть или тяжелую болезнь родных, точно также каждый пятый респондент указывал на социальные причины (изменение социального статуса: выход на пенсию, смена работы, свадьба и т. д.), 19,5 % больных говорили о выявлении соматической болезни, и реже всего встречались проблемы на работе (конфликты на работе, взаимоотношения с руководителями и подчиненными, взыскания и т. д.).

Таблица 3
Психотравмирующие факторы в анамнезе в группах пациентов, n (%)

Психотравмирующий фактор	ОГ	ГС	p <
Проблемы в семье	54 (26,3)	20 (11,8)	0,05
Проблемы на работе	28 (13,7)	5 (2,9)	
Смерть или тяжелая болезнь родных	43 (20,5)	6 (3,5)	0,01
Соматическая болезнь	40 (19,5)	22 (12,9)	0,05
Социальные причины	40 (19,5)	0	
Отсутствие факторов	0	117 (68,9)	0,001
Всего	205 (100,0)	170 (100,0)	

В ГС стрессовый фактор отмечался у чуть менее $\frac{2}{3}$ пациентов, что было реже, чем в ОГ ($p \leq 0,001$). Среди психотравмирующих факторов наиболее часто отмечалось ухудшение состояния здоровья и проблемы в семье и значительно реже – проблемы на работе и смерть или болезнь родных.

Среди стрессовых факторов при ТР в ОГ достоверно чаще в сравнении с ГС отмечались: смерть или тяжелая болезнь родных ($p \leq 0,01$), соматическая болезнь ($p \leq 0,05$), проблемы в семье ($p \leq 0,05$). Данные стрессовые факторы и являются факторами риска при ТР.

ТР часто подвержены лица трудоспособного возраста, что нарушает их адаптацию в повседневной жизни. Зачастую ТР оказываются причинами зна-

чительного снижения качества жизни больных, а также длительной и рецидивирующей нетрудоспособности. В связи с этим представляет интерес изучение контингента больных с учетом социального положения, профессиональной принадлежности с позиции сохранения их качества жизни и трудовой адаптации для определения фактора риска распространения ТР.

Признается роль возраста и пола в заболеваемости ТР. В исследовании распространенности тревоги, проведенном в различных регионах России, обнаружен более высокий уровень тревоги у женщин в сравнении с мужчинами (госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS), [15]. В нашей работе большинство пациентов ОГ составляли женщины (69,3 %), однако при статистическом анализе взаимосвязей между полом и тревогой не выявлено.

Возрастным аспектам в распространении ТР также придается немало важное значение. По данным ВОЗ, тревога и депрессии чаще всего развиваются в зрелом возрасте [25]. Кроме того, имеются сведения о наличии этнокультурных различий в отношении возрастной предпочтительности тревожно-депрессивных состояний. Клиническая тревога/депрессия чаще встречается у женщин, чем у мужчин, а после 55 лет мужчины и женщины реже страдают от ТР, в то время как депрессия остается распространенной проблемой на протяжении всей жизни [16, 21]. Тем не менее тревога, как и другие психопатологические феномены позднего возраста, нарушает возможности социальной адаптации пожилых лиц [2]. В ходе нашего изучения факторов риска ТР были выявлены статистически значимые различия в возрастной подгруппе 18–29 лет в сравнении с подгруппами 30–39 и 40–59 лет, что позволяет рассматривать более молодой возраст как один из факторов риска ТР.

Была обнаружена зависимость между образованием и тревогой ($p \leq 0,05$). Выявлены различия в группе среднего образования, что позволяет рассматривать более низкий образовательный уровень как один из факторов риска ТР. Имеющиеся данные в отношении распространенности повышенного уровня тревоги в городской и сельской местностях носят противоречивый характер. В исследованиях, проведенных в Англии, Уэльсе и Шотландии, указано, что распространенность повышенного уровня тревоги/депрессии выше в городе [24]. В российских исследованиях отмечается также более высокая распространенность клинически выраженной тревоги/депрессии среди городского населения [15]. В нашей работе не было обнаружено зависимости между наличием ТР и местом проживания пациента.

Весомую роль в распространении ТР играют факторы психологического климата в семьях пациентов, особенности воспитания и взаимодействия с родителями. Так, ситуации провоцирующие тревогу в основном связаны с нарушением чувства защищенности ребенка в семье. Имеется связь неэффективных типов родительского отношения и высокого уровня тревожности детей, в связи с этим снижение тревожности детей невозможно без гармонизации родительских установок в соответствии с возрастом и особенностями развития ребенка [6]. В качестве внешнего источника тревоги уверенно могут рассматриваться детско-родительские и внутрисемейные отношения, нарушение которых приводит детей к постоянным микротравмам [11]. Исследования дают многообразную картину патологий, возникающих во взрослом возрасте, в происхождении которых одну из главных ролей играет та или иная форма насилия, пережитого ребенком в детстве. Так, например, большинство исследователей сходятся в том, что результатами пережитого в детстве сексуального насилия, так называемыми «отставленными эффектами травмы», являются нарушения «Я-концепции», чувство вины, депрессия, трудности в межличностных отношениях и сексуальные дисфункции [7].

Появление эмоциональных реакций связано с рядом неблагоприятных событий в детстве. Семейные конфликты, недостаток любви, смерть одного из родителей или развод могут стать сильными психотравмирующими факторами. Так, в ходе изучения эмоционального состояния детей, воспитывающихся в различных типах семей, было обнаружено, что у детей из полных семей выше уровень самочувствия, активности, настроения, чувство спокойствия и контроль над своими действиями [12]. В нашей работы были получены подобные результаты: при анализе двух сравниваемых групп по признаку особенностей воспитания были выявлены взаимосвязи ($p \leq 0,05$) между ТР и наличием насилия в семьях обследуемых, присутствия гиперопеки со стороны родителей, что позволяет судить о присутствии подобных элементов в родительских семьях как о факторе риска ТР.

Известна роль соматической патологии и накопленной заболеваемости в распространении тревоги. При этом огромное значение имеет отношение пациента к своей болезни, так называемая «реакция на болезнь», которая в случае дезадаптивного развития может привести к дебюту ТР. Весомое значение на момент постановки диагноза соматического заболевания играет полноценность информации о физическом недуге; так, основная часть больных, как правило, сообщает о необходимости получения большего объема

информации, отмечая при этом в своем состоянии наличие тревоги, страха, злости, ощущение несправедливости в появлении болезни. Следует отметить, что тревожный компонент реагирования на болезнь занимает ведущее положение [5, 22].

В ходе нашего исследования также были получены данные о том, что наличие соматической болезни воспринималось обследуемыми в качестве стрессового фактора и служило толчком к распространению и усилению тревоги. При анализе двух сравниваемых групп по признаку психотравмирующей ситуации были выявлены взаимосвязи между тревогой и ситуацией, повлекшей за собой распространение заболевания, и обнаружены значимые различия в группах наличия стрессового фактора и состояния физического здоровья (наличие соматических расстройств) ($p \leq 0,05$). Исходя из этого, можно судить о том, что воздействие стрессового фактора и наличие физических болезней – факторы риска ТР.

Заключение

Таким образом, к биопсихосоциальным факторам риска ТР можно отнести: возраст 18–29 лет, отягощенную наследственность, употребление алкоголя, присутствие насилия и гиперопеки в родительских семьях, наличие соматической патологии, патохарактерологические тревожные личностные черты. Выявленные особенности биопсихосоциальных факторов риска необходимо учитывать врачам-психиатрам и психотерапевтам при дифференцированном интегративном подходе к каждому пациенту, что поможет применить индивидуальную тактику в лечении ТР.

Литература

1. Бобров А.Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // Рус. мед. журн. Неврология. Психиатрия. – 2006. – Т. 14, № 4. – С. 328–332.
2. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И., Соловьев А.Г. Социально-экологические подходы в оценке потребности в уходе за пожилыми людьми // Экология человека. – 2005. – № 9. – С. 48–53.
3. Коллюккая Е.В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия // Рус. мед. журн. Неврология. Психиатрия. – 2005. – № 15. – С. 1019–1021.
4. Курпатов В.И., Осипова С.А. Тревожные расстройства в общей медицинской практике [Электронный ресурс] // Terra Medica. – 2006. – № 2. – URL: <http://www.aphobasob.ru/exxxxpert2ll.html>.

5. Лобанова Е.В. Психические нарушения непсихотического характера у больных сахарным диабетом (особенности преморбида, реакции на болезнь, психо-эндокринный и психоорганический синдромы, лечение) : автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 2005. – 22 с.

6. Мазурова Н.В., Трофимова Ю.А. Взаимосвязь тревожности у детей дошкольного возраста и стиля семейного воспитания // *Вопр. современной педиатрии.* – 2013. – Т. 12, № 3. – С. 82–88.

7. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. – СПб. [и др.] : Питер, 2017. – 832 с.

8. 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.

9. Новикова И.А., Соловьев А.Г., Сидоров П.И. Психологические особенности больных с сердечно-сосудистой патологией // *Рос. кардиол. журн.* – 2004. – № 1 (45). – С. 28–32.

10. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Ранняя диагностика тревожно-фобических расстройств у подростков в общемедицинской практике : метод. рекомендации. – СПб. : СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 22 с.

11. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков – психологическая природа и возрастная динамика. – М. : Модек, 2000. – 304 с.

12. Сайфугалиева А.И. Казарян М.Ю. Вопросы эмоционального состояния детей в неполных семьях. Психологические проблемы современной российской семьи. – М., 2005. – 360 с.

13. Сидоров П.И., Новикова И.А., Соловьев А.Г. Роль неблагоприятных социально-психологических факторов в возникновении и течении сахарного диабета // *Терапевт. архив.* – 2001. – Т. 73, № 1. – С. 68–70.

14. Сидоров П.И., Новикова И.А., Соловьев А.Г., Мулькова Н.Н. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете типа 1 // *Пробл. эндокринологии.* – 2004. – Т. 50, № 3. – С. 3–6.

15. Шальнова С.А., Евстифеева С.Е. и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами // *Терапевт. архив.* – 2014. – № 86 (12). – С. 53–60.

16. Chrousos G.P. The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* – 2000. – Vol. 24, Suppl. 2. – P. 50–55.

17. Crawford J.R., Henry J.D., Crombie C., Taylor E.P. Normative data for the HADS from a large non-clinical sample // *J. Clin. Psychol.* – 2001. – Vol. 40. – P. 429–434.

18. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology // *Bull. World Health Organ.* – 2000. – Vol. 4, N 78. – P. 413–426.

19. Culpepper L. Generalized anxiety disorder and medical illness // *J. Clin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, Suppl. 2. – P. 20–24.

20. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESE-MeD) project // *Acta Psychiatr Scand.* – 2004. – Vol. 109, Suppl. 420. – P. 21–27.

21. Ferrari A.J., Somerville A.J., Baxter A.J. [et al.]. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature // *Psychol. Med.* – 2013. – Vol. 43. – P. 471–481.

22. Lloyd C.E., Dyert P.H., Barnet A.H. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population // *Diabet. Med.* – 2000. – Vol. 17. – P. 198–202.

23. Strike P.C. Magid Pathophysiological processes underlying emotional triggering of acute cardiac events // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* – 2006. – Vol. 103. – P. 4322–4327.

24. Weich S., Twigg L., Lewis G. Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain Prospective multilevel cohort study // *BJP.* – 2006. – Vol. 188. – P. 51–57.

25. WHO Global InfoBase. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ 2001 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.infobase.who.int>.

Поступила 17.12.2017

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

Для цитирования. Игнатова Ю.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Биопсихосоциальные факторы риска тревожных расстройств // *Вестн. психотерапии.* 2018. № 67 (72). С. 18–32.

BIOPHYSOCIAL RISK FACTORS OF ANXIETY DISORDERS

Ignatova Yu.A.¹, Soloviev A.G.², Novikova I.A.²

¹ Arkhangelsk Clinical Psychiatric Hospital
(Talagi, 31, Primorskii Area, Arkhangelsk Region, Russia);

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

✉ Yuliya Aleksandrovna Ignatova – psychiatrist, Arkhangelsk Clinical Psychiatric Hospital (Talagi, 31, Primorskii Area, Arkhangelsk Region, 163530, Russia), e-mail: kuzenka11@rambler.ru;

Andrey Gorgonievich Soloviev – Dr. Med. Sci. Prof., Head, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (Troitskiy Ave, 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: asoloviev1@yandex.ru;

Irina Al'bertovna Novikova – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Family Medicine and Internal Diseases, Northern State Medical University (Troitskiy Ave, 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: ianovikova@mail.ru.

Abstract. The main medical and social aspects of anxiety disorders (AD) at working age are considered. 205 patients with TP were examined to identify biopsychosocial risk factors for anxiety disorders. The comparison group was 170 people without AD. It has been established that biopsychosocial risk factors include: age 18–29 years, weighed heredity, alcohol use, presence of violence and hyperope in parental families, the presence of somatic pathology, pathocharacteriological anxiety personality traits. The revealed peculiarities of biopsychosocial risk factors for AD should be taken into account in a differentiated integrative approach to each patient, which will help to apply individual tactics in the treatment of AD.

Keywords: anxiety disorder, biopsychosocial factor, psychotraumatic factor, clinical (medical) psychology.

References

1. Bobrov A.E. Trevozhnye rasstrojstva: ih sistematika, diagnostika i farmakoterapija [Anxiety disorders: their taxonomy, diagnosis and pharmacotherapy]. *Russkij medicinskij zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2006. N 4. Pp. 328. (In Russ.)
2. Golubeva E.Ju. Danilova R.I. Solov'ev A.G. Social'no-ekologicheskie podhody v ocenke potrebnosti v uhode za pozhilymi ljud'mi [Socio-ecological approaches in assessing the need for care for the elderly]. *Jekologija cheloveka* [Human Ecology]. 2005. N 9. Pp. 48–53. (In Russ.)
3. Koljuckaja E.V. Trevozhnye rasstrojstva: diagnostika i terapija [Anxiety disorders-diagnostics and therapy]. *Russkij Medicinskij Zhurnal. Nevrologija. Psihiatrija*. [Russian Medical Journal. Neurology. Psychiatry]. 2005. N 15. Pp. 1019. (In Russ.)
4. Kurpatov V.I., Osipova S.A. Trevozhnye rasstrojstva v obshhemedicinskoj praktike [Anxiety disorders in general medical practice]. *Terra Medica*. 2006. N 2. URL: <http://www.aphobasob.ru/exxxxpert211.html> (In Russ.)
5. Lobanova E.V. Psihicheskie narushenija nepsihoticheskogo haraktera u bol'nyh saharnym diabetom (osobennosti premorbida, reakcii na bolezni, psihojendokrinnij i psihoorganicheskij sindromy, lechenie) [Mental nonpsychotic disorders in patients with diabetes mellitus] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Tomsk. 2005. 22 p. (In Russ.)
6. Mazurova N.V. Trofimova Ju.A. Vzaimosvjaz' trevozhnosti u detej doskol'nogo vozrasta i stilja semejnogo vospitanija [Interrelation of anxiety in preschool children and the style of family education]. *Voprosy sovremennoj pediatrii* [Journal of modern pediatrics]. 2013. Vol. 12, N 3. Pp. 82–88 (In Russ.)
7. Malkina-Pyh I.G. Viktimologija. Psihologija povedenija zhertvy [Psychology of victim behavior]. Saint-Petersburg. 2017. 832 p.
8. Novikova G.A., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Ocenka narushenija social'no-psihologicheskoy adaptacii podrostkov vsledstvie pivnoj alkogolizacii [Assessment of the

violation of socio-psychological adaptation of adolescents due to beer alcoholization]. *Narkologija* [Narcology]. 2012. Vol. 11, N 7. Pp. 40–44. (In Russ.)

9. Novikova I.A., Solov'ev A.G., Sidorov P.I. Psihologicheskie osobennosti bol'nyh s serdechno-sosudistoj patologiej [Psychological features of patients with cardiovascular failure]. *Rossijskij kardiologičeskij žurnal* [Russian Cardiology Journal]. 2004. N 1. Pp. 28–32. (In Russ.)

10. Popov Ju.V., Pichikov A.A. Rannjaja diagnostika trevozhno-fobičeskikh rass-trojstv u podroستkov v obshhemedicinskoj praktike. Metodicheskie rekomendacii. [Early diagnosis of anxiety-phobic disorders in adolescents in general medical practice: methodical recommendations]. Saint Petersburg. 2012. 22 p. (In Russ.)

11. Prihozhan A.M. Trevožnost' u detej i podroстkov – psihologičeskaja priroda i vozrastnaja dinamika [Psychological nature and age dynamics of the Anxiety in children and adolescents]. Moscow. 2000. 304 p. (In Russ.)

12. Sajfugalieva A.I. Kazarjan M.Ju. Voprosy jemocional'nogo sostojanija detej v nepolnyh sem'jah. Psihologičeskije problemy sovremennoj rossijskoj sem'I [The emotional state of children in single-parent families. Psychological problems of the modern Russian family]. Moscow. 2005. 360 p. (In Russ.)

13. Sidorov P.I., Novikova I.A., Solov'ev A.G. Rol' neblagoprijatnyh social'no-psihologičeskikh faktorov v vozniknovenii i tečenii sahar'nogo diabeta [The role of unfavorable socio-psychological factors in the occurrence and course of diabetes mellitus]. *Terapevtičeskij arhiv* [Therapeutic archive]. 2001. Vol. 73, N 1. Pp. 68–70. (In Russ.)

14. Sidorov P.I., Novikova I.A., Solov'ev A.G., Mul'kova N.N. Vnutrennjaja karta-tina boleznj pri sahar'nom diabete tipa 1 [Internal picture of the disease in type 1 diabetes mellitus]. *Problemy jendokrinologii* [Problems of endocrinology]. 2004. Vol. 50, N 3. Pp. 3–6. (In Russ.)

15. Šal'nova S.A., Evstifeeva S.E. [et al.]. Rasprostranennost' trevogi i depressii v različnyh regionah Rossijskoj Federacii i ee asociacii s social'no-demografičeskimi faktorami [The prevalence of anxiety and depression in various regions of the Russian Federation and its association with socio-demographic]. *Terapevtičeskij arhiv* [Therapeutic archive]. 2014. N 86. Pp. 53–60. (In Russ.)

16. Chrousos G.P. The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000. Vol. 24, Suppl. 2. Pp. 50–55.

17. Crawford J.R., Henry J.D., Crombie C., Taylor E.P. Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *J Clin Psychol*. 2001. Vol. 40. Pp. 429–434.

18. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull World Health Organ*. 2000. Vol. 4, N 78. Pp. 413–426.

19. Culpepper L. Generalized anxiety disorder and medical illness. *J Clin Psychiatry*. 2009. Vol. 70, Suppl. 2. Pp. 20–24.

20. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004. Vol. 109, Suppl. 420. Pp. 21–27.

21. Ferrari A.J., Somerville A.J., Baxter A.J. [et al.]. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med.* 2013. Vol. 43. Pp. 471–481.

22. Lloyd C.E., Dyert P.H., Barnet A.H. Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabet. Med.* 2000. Vol. 17. Pp. 198–202.

23. Strike P.C. Magid Pathophysiological processes underlying emotional triggering of acute cardiac events. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2006. Vol. 103. Pp. 4322–4327.

24. Weich S., Twigg L., Lewis G. Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain Prospective multilevel cohort study. *BJP.* 2006. Vol. 188. Pp. 51–57.

25. WHO Global InfoBase. Doklad o sostojanii zdravoohranenija v mire. VOZ 2001. World Health Report. URL: <http://www.infobase.who.int>. (In Russ., Abstr. in Engl.).

Received 17.12.2017

For citing. Ignatova Yu.A., Solovev A.G., Novikova I.A. Biopsikhosotsial'nye faktory riska trevozhnykh rasstroistv. *Vestnik psikhoterapii.* 2018. N 67. P. 18–32. **(In Russ.)**

Ignatova Yu.A., Soloviev A.G., Novikova I.A. Biopsychosocial risk factors of anxiety disorders. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2018. N 67. P. 18–32.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНквилоНООТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

¹ Медицинский центр «Адмиралтейские верфи»

(Россия, 190121, Санкт-Петербург, Садовая ул., д. 126);

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины

им. А.М. Никифорова МЧС России

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

Проведено изучение эффективности и безопасности применения препарата фенибут в комплексной терапии невротических расстройств, сопровождающихся головной болью. Проведено восьминедельное исследование с участием 61 пациента от 18 до 65 лет с подтверждённым диагнозом: невроз, сопровождающийся головной болью (F 48.9). Пациенты были разделены на 2 группы: основная группа (n = 60), которым был назначен фенибут, и контрольная группа (n = 15), которым проводилась только реконструктивная психотерапия. Обследование проводилось до начала и через 2 месяца лечения. Эффективность терапии оценивалась с помощью методики диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана. Выраженность тревожно-депрессивных расстройств оценивали с помощью госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии HADS. Для оценки влияния головной боли на повседневную активность применялся опросник НГТ-6. Оценка терапевтической эффективности, переносимости и безопасности фенибута с учётом жалоб и осмотра, с помощью шкалы общего клинического впечатления CGI. Установлено, что фенибут в комплексной терапии достоверно уменьшает уровень невротизации и тревоги, приводит к регрессу головной боли ($p < 0,05$).

Ключевые слова: тревожно-депрессивные расстройства, уровень невротизации и тревоги, головная боль.

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

Яковлев Евгений Васильевич – к-т мед. наук, зав. неврол. отд-ем мед. центра АО «Адмиралтейские верфи» (Россия, 190121, Санкт-Петербург, Садовая ул., д. 126), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

Введение

Высокая распространенность неврозов, низкая эффективность проводимой терапии, недостаточное понимание патогенетических механизмов неврозов и постоянное растущее количество пациентов с различными невротическими, неврозоподобными и психосоматическими расстройствами подчёркивают особую медико-социальную значимость изучаемой проблемы [1].

Глобализация неврозов в мире объясняется развитием хронического стресса, обусловленного относительным несоответствием темпов научно-технического прогресса и совершенствованием психофизиологической адаптации [2].

Невроз – это психогенное заболевание, обусловленное конституциональными личностными особенностями и внешними факторами среды.

С одной стороны, невроз является потенциально обратимым расстройством, с другой – конфликтогенным нарушением, который ухудшает социальную адаптацию человека. В отечественной психиатрии и неврологии принято выделять три клинические формы невроза: неврастению, невроз навязчивых состояний, истерию. Известной триадой неврастенического расстройства является: головная боль, нарушение сна и снижение умственной и физической работоспособности [3]. В зависимости от формы имеются свои особенности клинических проявлений невротических расстройств. Следует подчеркнуть, что в структуре неврастении доминирующим соматическим проявлением является головная боль (около 90 % случаев), что, безусловно, повышает уровень невротизации по механизму «порочного» круга. В основе нейрофизиологических нарушений невроза лежит дефицит ингибиторных ГАМК (гамма-аминомасляная кислота) бензодиазепиновых систем лимбико-ретикулярного аппарата. Нельзя не отметить тот факт, что, согласно современным представлениям, невроз рассматривают как результат морфофункциональных субклеточных нарушений, где ведущую роль играет дефектность рецепторных и нейротрансмитерных систем, ферментов, мембранных каналов и регуляторных белков [4, 6]. Современное представление о механизмах патогенеза неврозов заключается в функциональном нарушении интегративных систем мозга, в первую очередь коркового представительства больших полушарий мозга, лимбико-ретикулярного комплекса и особенно гиппокампа.

Некоторые специалисты в настоящее время рассматривают медикаментозное лечение невротических расстройств как фактор медико-биологичес-

кого вмешательства. Однако мы считаем, что фармакотерапия способствует и содействует психотерапевтическому лечебному процессу, что, в свою очередь, улучшает контакт и приверженность к лечению пациента. Медикаментозная терапия особенно важна и востребована при оказании первичной медико-санитарной медицинской помощи, в условиях амбулаторно-поликлинического звена, что позволяет на догоспитальном этапе уменьшить симптомы невроза, тем самым устранить «барьеры» на пути эффективного психотерапевтического общения, увеличивая степень свободы при изучении пациентами скрытых психологических конфликтов. На фоне фармакотерапии мы уменьшаем тягостные невротические проявления, что создаёт благоприятную почву для психокоррекции и социальной адаптации.

На сегодня большой интерес вызывает возможность использования новых ноотропных лекарственных средств так называемых «транквилоноотропов», обладающих широким спектром психофармакотерапевтической коррекции с тимолептическим анксиолитическим и антиастеническим эффектами [3, 6].

«Транквилоноотропы» широко применяются как в педиатрической практике, так и у людей пожилого и старческого возраста, что наряду с положительным влиянием на когнитивную сферу (память, внимания и другие познавательные функции), а также хорошей переносимостью делает их препаратами первой линии выбора в лечение неврозов.

Преимущество среди средств этой группы следует отдавать фенибуту в связи минимальной токсичностью, хорошим профилем переносимости и психокоррекции [5]. Фенибут, представляющий собой гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид, оказывает быстрое (первые часы) прямое воздействие на ГАМК-рецепторы, что облегчает ГАМК-опосредованную нейрональную трансмиссию в центральной нервной системе (ЦНС) [7]. Фенибут улучшает функциональное состояние головного мозга за счет нормализации метаболизма тканей и влияния на церебральное кровообращение, оказывает комбинированное транквилизирующее, противосудорожное, антиастеническое, вегетостабилизирующее, антиагрегантное и антиоксидантное действие. Положительное влияние на обменные процессы в головном мозге приводит к снижению раздражительности, исчезновению или снижению страха, тревоги, ощущения внутренней напряжённости, нормализует процессы сна (улучшает глубину сна).

Доказано, что ноотропный и ангиотропный эффекты фенибута достоверно превышают действие «типичных» ноотропов, что в конечном итоге стабилизирует вегето-сосудистые реакции, снижает частоту и интенсивность головной боли, уменьшает выраженность головокружений различного генеза. Благодаря всем вышеуказанным эффектам, препарат используется при астено-невротических состояниях, диссомническом расстройстве, всех видах невроза, перед диагностическими обследованиями и хирургическими вмешательствами для снятия тревоги и страха. При этом препарат обладает низкой токсичностью, не оказывает влияния на холино- и адренорецепторы.

Таким образом, синтезированный нашим отечественным учёным В.В. Перекалиным в Институте экспериментальной медицины АМН СССР новый «транквилоноотроп» – фенибут является гармоничным средством с «удачной» комбинацией ноотропного и противотревожного эффектов, что даёт возможность достигать достоверного нейро- и стресспротективного действия. По своей эффективности и профилю безопасности фенибут может широко использоваться при лечении тревожно-невротических нарушений и в комплексной терапии соматоневротических расстройств.

Цель исследования – изучение эффективности и безопасности применения препарата фенибут в комплексной терапии невротических расстройств, сопровождающихся головной болью.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе медицинского центра АО «Адмиралтейские верфи» и центра психологической коррекции и адаптации Института психоанализа на базе Университета при Межпарламентской Ассамблее ЕВРАЗЭС». В исследование были включены 60 пациентов с подтверждённым диагнозом «невроз с цефалгическим синдромом», среди них 40 женщин и 20 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. Все пациенты перед началом лечения подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам проводилось клиничко-психопатологическое обследование по общепринятой методике, основанной на критериях отнесения пациентов к невротическим расстройствам в соответствии с МКБ-10 пересмотра. Они заполняли дневник регистрации эпизодов головной боли, где определялась интенсивность головной боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), частота и длительность боли и количество принимаемых обезболивающих препаратов. К критериям исключения были отнесены пациенты с неврозоподобным и пси-

хотическими расстройствами, вторичными цефалгиями. Также критериями исключения были медицинские противопоказания для использования фенибута, указанные в инструкции. Для исключения симптоматического происхождения головной боли использовались следующие методы исследования: ядерная магнитно-резонансная томография головного мозга и магнитно-резонансная ангиография сосудов головного мозга, ультразвуковая доплерография и дуплексное исследование сосудов головы и шеи.

Для оценки уровня невротизации использовалась методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана. Выраженность тревожно-депрессивных расстройств оценивали с помощью госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Для оценки влияния головной боли на повседневную активность (качество жизни) применялся короткий опросник НТ-6. Оценка терапевтической эффективности, переносимости и безопасности фенибута осуществлялась с помощью шкалы общего клинического впечатления CGI (Clinical global impression scale). Оценка безопасности терапии включала также учёт частоты и выраженности побочных эффектов в ходе осмотра и сбора жалоб пациента, а также учёт параклинических лабораторных методов обследований.

Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: основная группа (60 человек), которые получали фенибут в дозе 0,25 мг 3 раза в день, после приёма пищи на протяжении 8 недель, и реконструктивную психотерапию. В контрольную группу вошли 15 пациентов, которым проводилась личностно-ориентированная психотерапия. Обследование проводилось до начала и через 2 месяца терапии.

Математико-статистический анализ полученных данных проводился с использованием прикладных программы STATISTICA 6.0 SPSS for Windows – 12 версия в соответствии с рекомендациями по обработке результатов медико-биологических исследований. Для обработки матрицы данных использовались параметрические и непараметрические методы статистики с использованием критериев Стьюдента. При сравнении вариационных рядов учитывались достоверные различия не ниже 95 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования

Сравнительный клинический анализ особенностей течения заболевания у пациентов до лечения в обеих исследуемых группах не выявил статистиче-

ски значимых различий как по частоте, так и по длительности и интенсивности головной боли (табл. 1).

Таблица 1
Сравнительная характеристика головной боли в испытуемых группах, (M ± m)

Параметры оценки эффективности и безопасности	Основная группа	Группа контроля
Частота эпизодов цефалгии в месяц	12,3 ± 0,1	11,9 ± 0,1
Длительность цефалгии / час	40,2 ± 0,2	41,1 ± 0,3
Интенсивность боли по ВАШ в баллах	6,7 ± 0,1	7,2 ± 0,1

Результаты исследований пациентов с неврозом, сопровождающимся головной болью, после проведённой комплексной терапии, включавшей приём фенибута (в основной группе), выявили достоверное уменьшение приёма анальгетиков и частоты возникновения цефалгии, а также интенсивности головной боли ($p < 0,05$). При этом длительность головной боли в группах до и после лечения достоверно не различалась (табл. 2).

Таблица 2
Анализ дневника регистрации эпизодов головной боли в исследуемых группах, (M ± m)

Параметры оценки эффективности и безопасности	Основная группа		Группа контроля	
	до лечения	через 60 дней	до лечения	через 60 дней
Частота эпизодов цефалгии в месяц	12,3 ± 0,1	4,2 ± 0,06*	11,9 ± 0,1	9,9 ± 0,8
Длительность цефалгии / час	40,2 ± 0,3	38,3 ± 0,3	41,1 ± 0,3	38,4 ± 0,2
Интенсивность боли по ВАШ в баллах	6,7 ± 0,05	4,1 ± 0,05*	7,2 ± 0,04	6,4 ± 0,05
Количество используемых обезболивающих препаратов	6,7 ± 0,05	2,3 ± 0,04*	7,2 ± 0,04	5,9 ± 0,06

* – достоверность различий до и после лечения в группах $p < 0,05$

Наряду с этим в основной группе лечения отмечалось значимая редукция уровня невротизации у доминирующего числа наших пациентов.

При анкетировании тревожно-депрессивных расстройств по шкале HADS в работе был показан значимый регресс выраженности уровня тревоги у пациентов, использовавших в комплексной терапии фенибут. В контрольной группе достоверного уменьшения тревоги не выявлено. Однако уровень депрессивного нарушения в основной группе по вышеуказанной анкете значительно не снизился.

Значимое по своей валидности увеличение частоты головных болей и уменьшение повседневной активности у пациентов в нашем исследовании с помощью индекса НТ-6 в основной группе составило в среднем 67,3 балла, в контрольной выборке – 66,2 балла, что указывает на тяжёлое невротическое расстройство. Достоверное улучшение качества жизни со снижением эпизодов цефалгий после проведённого курса лечения было выявлено у пациентов, принимающих фенибут.

Тяжесть общего состояния пациентов с неврозом до начала лечения в группе получавших фенибут оценивалась по шкале общего клинического впечатления (CGI), при этом у 45 (75 %) пациентов проявлялась как «значительно выраженная», у 13 (21 %) – как «умеренно выраженная», у 2 (3 %) пациентов – «легкая». Через 60 дней лечения тяжесть общего состояния оценивалась как «значительно выраженная» всего у 6 (10 %) пациентов, а у 15 (25 %) больных – как «умеренно выраженная» и у 39 (65 %) – как «легкая». Анализ среднегрупповых показателей степени тяжести до и после лечения показал статистически значимое уменьшение общего балла, что говорит о существенной положительной динамике тяжести общего состояния у пациентов с неврозом.

По результатам оценки общего улучшения в основной группе лечения «очень значительное улучшение» было отмечено у 20 (33 %) пациентов, «значительное улучшение» – у 35 (58 %) больных, «минимальное улучшение» – у 5 (8 %) пациентов и «отсутствие улучшения» – лишь у 1 (2 %) больного, среднегрупповой показатель общего улучшения состояния составил 2,17 балла.

В нашем исследовании пациенты хорошо переносили фенибут при приеме внутрь. Тем не менее 1 пациент был исключён из исследования вследствие длительного пропуска лекарственного средства, что противоречило условиям исследований. У 3 (5 %) пациентов наблюдались боли в эпигастраль-

ной зоне. В среднем гастралгия возникла через 7,6 дней после приема фенибута у пациентов и прошла после приема ингибиторов протонной помпы в дозе 20 мг в сутки в течение 3 дней и не возобновлялась более при его отмене. Таким образом, появление указанного побочного эффекта фенибута не потребовало выключения пациента из исследований и отмены препараты.

У пациентов выявленные побочные эффекты оценивались как «незначительно влияющие на функционирование пациентов» по шкале CGI, и среднегрупповой показатель составил 2,23 балла, что говорит о хорошей переносимости и безопасности применяемого препарата.

Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что фенибут в комплексной терапии невротических нарушений совместно с реконструктивной психотерапией повышает ее лечебную эффективность, на что указывает значимое снижение уровня тревоги и невротизации. Низкий уровень невротизации свидетельствует об эмоциональной устойчивости и социальной адаптации пациентов, депрессивный характер нарушений в основной группе значительно не снизился. Данный факт может указывать на преобладание противотревожной активности транквилоноотропной терапии.

Значительное улучшение самочувствия после лечения фенибутом отмечено у 58 % пациентов. Фенибут достоверно уменьшает количество принимаемых обезболивающих препаратов, а также частоту и интенсивность головных болей, что, безусловно, улучшает качество жизни пациентов с неврозом. Комплексное лечение с пероральным приёмом фенибута в суточной дозе 0,75 показало хорошую переносимость. Проведённый клинико-психопатологический анализ препарата свидетельствует о целесообразности добавления его в рамках совместной терапии пациентам с невротическим расстройством, и особенно сопровождающимся головной болью напряжения. Для оценки влияния головной боли на повседневную активность и качество жизни в условиях амбулаторного приёма целесообразно применять короткий опросник НПТ-6, а для анализа интенсивности боли – шкалу ВАШ.

Таким образом, учитывая достоверную терапевтическую эффективность, хороший профиль переносимости и безопасности, фенибут может быть рекомендован для использования в практике врача-интерниста как средство комплексной терапии невротических расстройств с головной болью.

Литература

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 1992. – № 2. – С. 5–10.
2. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и клинике. – М. : Наука, 1982. – 271 с.
3. Нисс А.И. Сравнительная характеристика психотропной активности некоторых производных ГАМК нейрометаболического ряда // Фармакология производных гамма-аминомаслянной кислоты: тез. докл. Всесоюзн. симпоз. – Тарту, 1983. – С. 106–108.
4. Титова Н.В. Современный взгляд на ноотропную терапию // Русс. мед. журн. – 2007. – Т. 15, № 24. – С. 1846–1850.
5. Неумывакин И.П. Принципы, методы и средства оказания медицинской помощи космонавтам при полетах различной продолжительности: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1982. – 114 с.
6. Хаунина Р.А. Фенибут новый транквилизирующий и седативный препарат // Новые лекарственные препараты: Экспресс информация / ВНИИМИ. – 1978. – № 7. – С. 2–8.
7. Ellis A. Rational-Emotive Therapy // Corsini P.J. Current psychotherapies (4 ed.). – Itasca, IL. Peacock, 1989. – P. 197–238.

Поступила 03.09.2018

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

Для цитирования. Яковлев Е.В., Леонтьев О.В. Оценка эффективности транквилоноотропной терапии в комплексном лечении неврозов с головной болью // Вестн. психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 33–43.

ASSESSMENT OF EFFICIENCY OF TRANKVILONOOTROPHY THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF NEUROSISES WITH THE HEADACHE

Yakovlev E.V.¹, Leontev O.V.²

¹ Medical center JSC Admiralty Shipyards
(Sadovaya Str., 126, St. Petersburg, Russia);

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

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

Evgeny Vasilyevich Yakovlev – PhD Med. Sci., head of neurological Department medical center JSC Admiralty Shipyards (Sadovaya Str., 126, St. Petersburg, 190121, Russia), e-mail: vmeda-ev@mail.ru.

Abstract. Research objective – studying of efficiency and safety of application of a preparation is fenibut in complex therapy of neurotic frustration, followed by a headache. Eight-week research with participation 61 patients from 18 to 65 years with the confirmed diagnosis is conducted: the neurosis which is followed by a headache. Patients were divided into 2 groups: the main group (n = 60) which it was appointed feninut, and control group (n = 15) by which only the reconstructive psychotherapy was carried out. Examination was conducted before and in 2 months of treatment. Efficiency of therapy was estimated by means of a technique of diagnostics of level of a nevrozization of L.I. Wasserman. Expressiveness it is disturbing-depressive frustration estimated by means of a hospital scale of an assessment of alarm and a depression of HADS. HIT questionnaire – 6 was applied to an assessment of influence of a headache on daily activity. Assessment of therapeutic efficiency, shipping and safety of a fenibut taking into account complaints and survey, by means of a scale of the general clinical impression of CGI. It is established that feninut in complex therapy authentically reduces the level of a nevrozization and alarm, leads to regress of a headache ($p < 0,005$).

Keywords: disturbing and depressive frustration, level of a nevrozization and alarm, headache.

References

1. Aleksandrovsky Yu.A. Sotsial'no-stressovye rasstrojstva [Sotsialno-stressful frustration]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [анг. перевод]. 1992. N 2. Pp. 5–10. (In Russ)
2. Ayrapetyants M.G., Vane A. M. Nevrozy v ehksperimente i klinike [Neuroseses in experiment and clinic]. Moskva. 1982. 271 p. (In Russ)
3. Nyss A.I. Sravnitel'naya kharakteristika psikhotropnoj aktivnosti ne-kotorykh proizvodnykh GAMK nejrometabolicheskogo ryada [Comparative characteristic of psychotropic activity of some derivative GAMK of a neurometabolic row]. *Farmakologiya proizvodnykh gamma-aminomaslyannojoj kisloty* [Pharmacology of gamma-aminobutyric acids derivatives]. Tartu. 1983. Pp. 106–108. (In Russ)
4. Titova N.V. Sovremennyy vzglyad na nootropnyuyu terapiyu [A modern view on nootropic therapy]. *Russkij meditsinskij zhurnal* [Russian medical journal]. 2007. Vol. 15, N 24. Pp. 1846–1850. (In Russ)
5. Neumyvakin I.P. Printsipy, metody i sredstva okazaniya meditsinskoj pomoshhi kosmonavtam pri poletakh razlichnoj prodolzhitel'nosti [The principles, methods and

means of delivery of health care to astronauts when flying various duration]. : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 1982. 114 p. (In Russ)

6. Haunina P.A. Fenibut novyj trankviliziruyushhij i sedativnyj preparat [Feninet a new trankviliziruyushchy and sedative preparation]. *Novye lekarstvennye preparaty: Ehkspress informatsiya* [New medicines: Express information]. 1978. N. 7. Pp. 2–8. (In Russ)

7. Ellis A. Rational–Emotive Therapy // Corsini P.J. Current psychotherapies (4 ed.). Itasca, Ill. Peacock, 1989. Pp. 197–238.

Received 03.09.2018

For citing. Yakovlev E.V., Leont'ev O.V. Otsenka ehffektivnosti trankvilonootropnoj terapii v kompleksnom lechenii nevrozov s golovnoj bol'yu. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 67. Pp. 33–43. **(In Russ.)**

Yakovlev E.V., Leontev O.V. Assessment of efficiency of trankvilonootrophy therapy in complex treatment of neuroses with the headache. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 67. Pp. 33–43.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : [612.84.88]

Ашанина Е.Н.¹, Сенник М.Н.²

СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ТЕХНИК АУДИО-ВИЗУАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ (ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННОЙ И ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ЗА 2011- 2018 гг.)

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

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

² Санкт-Петербургский государственный технологический институт
(технический университет) (Россия, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 26).

Рассматриваются современные направления, сферы приложения и эффективность различных методик аудио-визуального воздействия на основании отечественных и зарубежных научных публикаций за 2011-2018 годы.

Ключевые слова: аудио-визуальное воздействие, биологическая обратная связь, ЭЭГ – биоуправление, сенсорная стимуляция, психологическая реабилитация, биологическая психокоррекция.

Введение

Одним из направлений исследований современной психологии катастроф является обоснование эффективных средств и способов экстренной активации психологического состояния и поддержания психологической надёжности специалистов опасных профессий (военнослужащих, спасателей МЧС России, сотрудников МВД России) с помощью современной портативной психофизиологической аппаратуры.

✉ Ашанина Елена Николаевна – д-р психол. наук проф., каф. безопасности жизнедеятельности, экстрем. и радиац. медицины Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), email: elen.ashanina2015@yandex.ru;

Сенник Михаил Николаевич – аспирант каф. социологии С.-Петерб. гос. техн. ин-та (техн. ун-та) (Россия, 190013, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 26), e-mail: senikm@ya.ru

В последние годы на фоне развития нейробиологии все больший интерес среди исследователей вызывают технологии аудиовизуальных воздействий (АВВ) или аудиовизуальной стимуляции (АВС). В основе этих способов нейрокоррекции в независимости от модальности сигналов лежат принципы ритмической организации стимулов, при которой воздействия даже малой интенсивности способны вызывать значительный психоэмоциональный и психофизиологический эффект, выражающийся в изменении электрофизиологических, психологических, поведенческих и клинических показателей.

По всей видимости, физиологический эффект применения данных методов основан на совпадении ритмики стимуляции с частотами эндогенных колебательных нейродинамических процессов в центральной нервной системе. Возможно, совпадение частотно-временной организации стимулов с частотно-временной структурой паттернов нейронной активности приводит к резонансным явлениям, и, следовательно, к синхронизации ранее нескоррелированных источников спонтанной ритмики головного мозга.

Нейронные колебания (волновая активность мозга) стала известна исследователям ещё в 1924 г. [29]. Нейронные колебания и их внутренняя синхронизация связаны со многими когнитивными функциями человека, такими как передача информации, восприятие, двигательное управление и память [27]. В 2015 г. совместным исследованием американских и австралийских ученых было установлено, что продолжающаяся волновая активность в коре головного мозга может вызывать устойчивую мышечную активность, а контроль мышечной силы происходит, предположительно, за счёт избирательной фильтрации волновой активности [31]. Идея использовать нейронные колебания в качестве управляющих сигналов увлекает ученых настолько, что развилось целое направление научного творчества по разработке так называемого brain-computer interface (BCI), то есть специализированного интерфейса, позволяющего управлять компьютером с помощью волновой активности мозга [34].

Аудио-визуальное воздействие, рассматриваемое нами в данной статье, опирается на способность мозга естественным образом синхронизировать частоты своих мозговых волн с ритмом периодических внешних стимулов, чаще всего слуховых, визуальных или тактильных, что может быть использовано для достижения определённого терапевтического эффекта, соответствующего определённой нейронной активности [28].

Музыкотерапия

Наиболее простым и доступным методом сенсорной стимуляции является музыкотерапия [28, 41].

В исследованиях 2016 г. О.И. Ефимовым, В.Л. Ефимовой, В.П. Рожковым отмечается, что действие музыки в значительной мере определяется стилем музыкального произведения и исходным функциональным состоянием ЦНС, сообщается, что при использовании нейроакустических тренировок на основе методов Tomatis, InTime, Auditory integration therapy, Berard наблюдается положительный клинический эффект, выражающийся в улучшении понимания ребёнком речи, улучшении качества его самостоятельной речи и улучшении способности к обучению [8]. Сущность этих методов заключается в длительном и многократном прослушивании музыки различных стилей, например, произведений Моцарта, григорианских песнопений, перкуSSIONной музыки, преобразованной с помощью специальной фильтрации и модуляции, и предъявляемой совместно через наушники воздушной и костной проводимости.

В 2011 г. Джейн Хорникель (Hornickel J.), Бхарат Чандрасекаран (Chandrasekaran B.), Стив Зекер (Zecker S.) и Нина Краус (Kraus N.) выдвинули предположение, что такие нейроакустические тренировки сигналами сложной частотной и временной структуры индуцируют нейропластические изменения в целом ряде диэнцефальных и мезэнцефальных структур мозга, обеспечивая лучшую синхронизацию нейронной активности [32].

Анализируя в 2014 г. данные о механизмах музыкальных воздействий за несколько десятилетий, исследователи Габриэла Мусаккия (Musacchia G.), Эдвард Лардж (Large E.W.) и Чарльз Шрёдер (Schroeder C.E.) обратили внимание на сходство организации нейронных и музыкальных ритмов, отмечая совпадение частот музыкальных ритмов и нижних частот нейрональных осцилляций таламокортикальных цепей, а также подобие иерархической организации нейронной активности и ритмических компонентов музыки [35]. Особенности частотно-временной структуры музыкальных сигналов, которая подобна частотно-временной структуре импульсных потоков нейронов, и анатомическая обусловленность эффективной обработки музыкально-организованных звуков указывают на то, что в основе механизмов терапевтического влияния музыки лежат процессы синхронизации между афферентными влияниями и эндогенными нейродинамическими процессами.

Работа того же года Илияса Бергстрема (Ilias Bergstrom), Софии Сейнфельд (Sofia Seinfeld), Хорхе Паласиоса (Jorge Arroyo-Palacios), Мэла Слейтера (Mel Slater) и Марии Санчес-Вивес (Maria V.Sanchez-Vives) показывает, что эффективность музыкотерапии значительно возрастает при сочетании с дыхательной практикой, а именно – когда испытуемые получали возможность регулировать процессы возбуждения (торможения) нервной системы, а также частоту сердечных сокращений (ЧСС) [26].

Многие современные исследователи, например, О.С. Глазачев, сходятся на том, что увеличение эффективности сенсорной стимуляции может быть получено при увеличении разнообразия модальности стимулов, то есть при полимодальном воздействии [3, 15, 20]. Такая полимодальная стимуляция была применена на базе ФГБНУ «НИИ физиологии и фундаментальной медицины» с использованием аудиовизуальной вибротактильной системы (АВВС) «Сенсориум» Суховершиным А.В. в 2015 г. Результатом применения стало значительное снижение тревоги, возбудимости нервной системы и психоэмоционального напряжения, а также снижение уровня реактивной тревожности испытуемых [20]. Интересным является также тот факт, что в данном исследовании был использован более широкий диапазон частот ритмической стимуляции. Как правило, частотный диапазон подобных воздействий находится в пределах 4–16 Гц, то есть совпадает с частотами основных осцилляторов биоэлектрической активности мозга, попадая в диапазоны тета-, альфа- и бета-ритмов, а в исследовании Суховершина А.В. использовался диапазон частот от 2 до 110 Гц, захватывая таким образом области дельта- и гамма-активности.

Говоря о путях повышения эффективности аудио-визуального воздействия, следует также отметить, что музыкотерапия могла бы быть значительно эффективнее, если бы мы знали и учитывали особенности реагирования структур мозга, в частности, лимбической и мезолимбической систем, у различных индивидуумов на различные музыкальные произведения. То есть в идеале методы сенсорных воздействий должны быть адаптированы к текущим индивидуальным особенностям организма. Эта задача может быть решена методами адаптивной саморегуляции на основе биологической обратной связи (БОС).

АВВ и принцип биологической обратной связи

Методам адаптивной саморегуляции на основе биологической обратной связи в литературе уделено значительное внимание, например, в работе 2015 г. проф. Л.С. Шпилени отмечается особое значение методов БОС в деле психологической реабилитации военнослужащих [24].

Важным условием метода биологической обратной связи является концепция произвольного (когнитивного) управления теми функциями организма, информацию о состоянии которых человек получает по организуемому каналу обратной связи, в связи с чем эти методы именуются методами биоуправления. В условиях мониторинга параметров различных физиологических функций у пациента вырабатывается навык волевым усилием изменять те или иные неудовлетворительные физиологические показатели и, по возможности, приводить их к удовлетворительным значениям. Последние исследования группы американских ученых (2018 г.) показывают, что самоощущение человека строится на интегрировании мультисенсорных сигналов на теле, в пространстве, окружающем тело, и изнутри тела, причем использование аудио-визуального воздействия значительно улучшает саморегуляцию человека [37].

В ходе эксперимента, поставленном доктором биологических наук Федотчевым А.И. в 2015 г., изучались результаты нелекарственного обезболивания с использованием методов биологической обратной связи. После воздействия транскутанной электронейростимуляцией испытуемые отмечали снижение боли в 2 раза и улучшение самочувствия. Существенный эффект стимуляции проявился и в объективных электрофизиологических показателях. Так, отмечен рост мощности альфа-ритма ЭЭГ и изменение характера дыхания, которое стало реже, но с достоверно возросшей амплитудой. Для устранения стресс-вызванных расстройств Федотчев использовал технологию адаптивного биоуправления функциями с обратной связью по электроэнцефалограмме. Добавленный дополнительный контур увеличил общее количество успешных проб с увеличением выраженности альфа-диапазона ЭЭГ до $86,9 \pm 5,1$ %. При этом для достижения стойкого улучшения понадобилось достоверно меньшее количество лечебных процедур, чем при традиционном методе ЭЭГ биоуправления [23].

Интересным представляется опыт проведенного исследования на базе центра компетенций развития ребенка «Содействие» Института медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального уни-

верситета им. М.В. Ломоносова (г. Архангельск). В исследовании принимали участие 24 ребенка 9–12 лет с СДВГ с преобладанием дефицита внимания. Проводился курс занятий по ЭЭГ-биоуправлению с помощью психофизиологического коррекционного комплекса «Реакор», включающего в себя элементы аудио-визуального воздействия и биологической обратной связи. По результатам исследования было показано, что психофизиологическая коррекция, проведенная циклом 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 [16].

Биоакустическая коррекция

Оригинальным способом проблему адаптивной саморегуляции решает метод биоакустической коррекции (БАК), разработанный на базе ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины» (Санкт-Петербург), преобразование текущей ЭЭГ в акустический образ, в котором отображаются параметры текущей биоэлектрической активности мозга [10].

В 2014 г. при применении метода БАК исследователями было выявлено повышение уровня серотонина с одновременным ростом тета-активности левого затылочного отведения [11].

Также метод биоакустической коррекции применялся для улучшения показателей кратковременной памяти. В 2016 г. при обследовании 76 испытуемых установлено, что при раздельном прослушивании акустических стимулов методом БАК, синхронизированных с ЭЭГ правой и левой височных областей, наблюдается избирательное улучшение образной и вербальной кратковременной памяти, что, возможно, обусловлено избирательным восстановлением деятельности соответствующих структур мозга [12].

В 2011 г. Доктором медицинских наук Смекалкиной Л.В. были обследованы 56 военнослужащих с посттравматическим расстройством, прошедших реабилитацию с использованием метода БАК на основе аппаратного комплекса «Синхро-С». По результатам исследования установлено, что применение метода БАК вызывает гармонизацию ЭЭГ, нормализацию состояния психики и повышение ее адаптивных возможностей [19].

Косухин Е.С. в 2016 г. при проведении комплексной медицинской реабилитации больных бронхиальной астмой с применением метода БАК уста-

новил, что применение биоакустической коррекции оказало положительное воздействие на вегетативное регулирование деятельности дыхательной системы, способствовало уменьшению улучшению показателей ФВД, коррекции воспалительных проявлений, улучшению психоэмоционального состояния и, как следствие, уменьшению частоты обострений БА и потребности в препаратах скорой помощи, в результате чего повысилась толерантность к физической нагрузке [13].

В 2016 г. коллектив ученых на базе Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова Минобороны России под руководством доктора медицинских наук профессора Щеголькова А.М. провел ряд исследований по успешному применению метода биоакустической коррекции в комплексной медицинской реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, пневмонию, реакции стресса, в том числе боевого, страдающих гипертонической болезнью [25].

Реабилитация специалистов опасных профессий методом АВВ

Вышеуказанные случаи применения методов АВС и БОС в сфере реабилитации специалистов опасных профессий не единичны.

Так, например, в 2012 г. проф. Е. Н. Ашаниной и Д. В. Кулаковым было показано, что совместное применение АВВ (с использованием Программно-аппаратного комплекса «Мираж») и БОС обеспечивает выраженное восстановление психоэмоционального статуса, интеллектуальных функций, нейрофизиологических характеристик ЦНС, физической работоспособности и функциональных резервов организма и других проявлений дезадаптивных нервно-психических состояний у сотрудников ГПС МЧС России.

В частности, по изменению психоэмоционального состояния сотрудников ГПС МЧС России можно привести данные, отраженные в табл. 1.

Таблица 1

Показатели психоэмоционального состояния сотрудников
ГПС МЧС России до и после коррекции с психотехнологий АВВ

Показатели психосоматического статуса	Статистические показатели		
	Основная группа		p <
	До коррекции	После коррекции	
Самочувствие	2,03 ± 0,20	3,50 ± 0,40	0,01
Активность	2,15 ± 0,23	2,82 ± 0,38	0,05
Настроение	2,40 ± 0,25	3,90 ± 0,27	0,01
Реактивная тревожность	20,30 ± 3,51	12,10 ± 2,55	0,01
Суммарное отклонение	20,15 ± 2,52	13,20 ± 2,86	0,05
Вегетативный коэффициент	1,25 ± 0,16	0,90 ± 0,15	0,05
Эмоциональный стресс	9,10 ± 0,50	7,41 ± 0,50	0,05
Психическое утомление	9,90 ± 0,44	8,72 ± 0,59	–
Психическое напряжение	7,60 ± 0,60	6,14 ± 0,60	–
Тревога	9,12 ± 0,62	8,10 ± 0,55	–
Работоспособность	2,30 ± 0,25	4,52 ± 0,34	0,05
Общее количество достоверных различий			8 / 72,7 %

В табл. 2 для сравнения приводятся данные по контрольной группе.

Таблица 2

Показатели психоэмоционального состояния в контрольной группе
до и после коррекции без применения АВВ

Показатели психосоматического статуса	Статистические показатели		
	Контрольная группа		p <
	До коррекции	После коррекции	
Самочувствие	2,24 ± 0,35	2,95 ± 0,37	0,05
Активность	2,26 ± 0,38	2,93 ± 0,36	0,05
Настроение	2,47 ± 0,37	3,88 ± 0,32	0,05
Реактивная тревожность	21,56 ± 2,54	13,56 ± 3,80	–
Суммарное отклонение	19,20 ± 2,56	15,92 ± 3,56	–
Вегетативный коэффициент	1,20 ± 0,24	1,01 ± 0,32	–
Эмоциональный стресс	8,80 ± 0,51	7,70 ± 0,56	–
Психическое утомление	9,35 ± 0,57	8,25 ± 0,68	–
Психическое напряжение	8,14 ± 0,64	7,28 ± 0,67	–
Тревога	9,57 ± 0,77	7,39 ± 1,05	–
Работоспособность	2,38 ± 0,32	3,70 ± 0,26	0,05
Общее количество достоверных различий			4 / 36,4 %

Полученные данные позволили отметить, что наиболее выраженные позитивные изменения психоэмоционального состояния отмечены в основной группе, где в результате применения энергосенсорных дыхательных технологий отмечена нормализация 72,7 % показателей. Тогда как в контрольной группе сотрудников ГПС эти показатели соответственно составили 36,4 % [1].

Физиологическое воздействие аудиовизуальной стимуляции (раздражение рецепторов органов зрения и слуха), осуществляющееся за счет нейрогуморальной активации коры головного мозга, было подтверждено Р. Р. Фаттаховой в 2017 г. при исследовании воздействия АВС на повышение стрессоустойчивости сотрудников ОВД. Фаттаховой было отмечено, что АВС оказывает непосредственное влияние на проявление эмоций за счет повышения уровня серотонина [21].

В 2015-2016 гг. группой исследователей под руководством А.Н. Каркавиной при совместном использовании антистрессовой психофизиологической аудио-визуальной вибротактильной системы «Sensorium» и гидрохромотерапии для ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством отмечалась положительная динамика клинических симптомов [9].

Психологическая коррекция методом АВВ в сфере спорта

Успешное применение аудио-визуальное воздействие находит также в сфере подготовки спортсменов, как у нас в России, так и за рубежом.

В 2017 г. А. Ф. Гайнуллина и её коллеги оценивали функциональное состояние ЦНС юных боксеров с использованием хронорефлексометрической методики Т.Д. Лоскутовой в модификации М. П. Мороз с помощью устройства психофизиологического тестирования «Психофизиолог» (ООО Медиком МТД, г. Таганрог). Под воздействием аудиовизуальной стимуляции в экспериментальной группе было отмечено увеличение количества юных спортсменов с «нормальным» уровнем функционирования ЦНС на 14 %, в контрольной группе их количество уменьшилось на 14,1%. В экспериментальной группе произошло уменьшение количества юных боксеров со «сниженным» уровнем работоспособности ЦНС на 41,7 %, в контрольной группе – на 5,6 % [2].

В 2017 г. Лейтон Джонс (Leighton Jones), Николас Тиллер (Nicholas V.Tiller) и Костас Карагеоргис (Costas I.Karageorghis) из британского университета Шеффилда Халлама провели исследование 13 бегунов мужского пола,

которые в перерывах между высокоинтенсивными упражнениями прослушивали позитивную музыку, что положительно влияло на скорость кардиореспираторного восстановления [33].

Указанные положения получили свое подтверждение и в исследованиях М.С. Головина [4, 5, 6].

Так, в 2014 г. им было установлено, что после 20–22 сеансов АВС у студентов спортивных вузов наблюдалось снижение напряжения в регуляторных системах и психофизиологическом статусе. Курс АВС способствовал усилению адаптационного потенциала, увеличению нейрогуморальных влияний и устранению энергодефицитных состояний, формированию более экономной работы сердца в состоянии покоя и при ортостатической пробе.

После курса тренировок АВС исследователи наблюдали улучшение показателей социально-психологической адаптации, улучшение психофизиологических параметров: повышение механической памяти, скорости переключения внимания, увеличение жизнестойкости и снижение уровня тревожности [6].

В 2015 г. при изучении психофизиологического статуса (когнитивные, психоэмоциональные и нейродинамические показатели), спектральной мощности основных ритмов ЭЭГ мозга и варибельности ритма сердца у спортсменов 18–23 лет, занимающихся легкой атлетикой, до и после курса АВС (экспериментальная группа) в сравнении со спортсменами, не получавшими АВС (контроль), было показано, что после тренировок АВС в экспериментальной группе происходит улучшение психоэмоциональных показателей (снижается уровень тревожности, нейротизма, повышается мотивация к достижению успеха и уровень жизнестойкости), когнитивных и нейродинамических показателей (повышается объем механической памяти, скорость переключения внимания, увеличивается скорость простой зрительно-моторной реакции, снижается диапазон разброса реакций опережения и запаздывания в реакциях на движущийся объект). Установлено повышение мощности ритма высокочастотного $\alpha 2$ поддиапазона ЭЭГ, повышение активности парасимпатической нервной системы, усиление влияния автономного контура регуляции, формирование более экономной работы сердца в состоянии покоя в экспериментальной группе, по сравнению с контролем [4].

В 2016 г. М.С. Головиным было установлено увеличение количества корреляционных связей между биохимическими, гормональными изменениями и физической работоспособностью после АВС, что указывает на усиление

интеграции процессов на межсистемных уровнях. А именно: было изучено влияние курса тренировок аудиовизуальной стимуляции на физическое развитие, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, биохимические показатели крови и гормональный статус спортсменов-легкоатлетов. После курса тренировок выявлено повышение физической работоспособности, адаптивных возможностей системы кровообращения, увеличение в плазме крови содержания общего белка, альбуминов, глюкозы и общей антиоксидантной активности и снижение уровня триглицеридов, фермента липазы, общего билирубина, концентрации кальция и фосфора. Концентрации гормонов кортизола, тиреотропина, трийодтиронина и тироксина также снижались. В контрольной группе при отсутствии функциональных изменений сердечной деятельности и физической работоспособности отмечали повышение концентрации креатинина, мочевой кислоты и тенденцию к повышению липопротеинов низкой плотности и общей антиоксидантной активности. Концентрации кальция и фосфора снижались. Существенное влияние на улучшение функционального состояния организма спортсменов оказывает повышение активности анаболических процессов и снижение уровня катаболических реакций после аудиовизуальной стимуляции по сравнению с контролем [5].

В 2016 г. Кузнецова В.А. установила, что применение метода биоакустической коррекции психических состояний способствует оптимизации предстартовых состояний велосипедистов, улучшению качества их психологической подготовленности к соревнованию, служит основой для обучения навыкам саморегуляции и самоконтроля в текущей профессиональной деятельности [14].

Общий терапевтический эффект АВВ

Кроме того, аудиовизуальное воздействие может иметь значительный положительный эффект для улучшения взаимодействия и взаимопонимания между различными индивидуумами внутри одного коллектива. Исследованием под руководством Лу Вана (Lu Wan) и Сюзанны Диккер (Suzanne Dikker) в 2017 г. была показана синхронизация активности мозга старшеклассников и улучшение их взаимодействия после внешней стимуляции [42].

Профессор Джеймс Ошман (James L. Oschman) в 15-й главе своей книги «Энергетическая медицина: научная основа» (Energy Medicine. The Scientific Basis), написанной в 2016 г., отмечает эффективность применения ритмической сенсорной стимуляции для немедикаментозной коррекции функцио-

нального состояния [38], а годом позже Джеймс Эванс (James R. Evans) отмечает повышение уровня умственной и физической работоспособности, компенсации стрессиндуцированных расстройств в результате применения такой стимуляции [30].

В 2016 г. на базе клиники военно-морской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им А.М. Никифорова МЧС России было проведено клинико-лабораторное обследование 70 больных (мужчин) в возрасте от 35 до 45 лет, у 40 из которых имелась ИБС (I20 по МКБ-10) в коморбидности с ГБ II стадии (I10 по МКБ-10), протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра, проходивших комплексную терапию с использованием аудио-визуальной стимуляции путем активации/деактивации звуковых и музыкальных эффектов при изменении в реальном времени цветовых гамм движущихся объектов и реальных изображений на экране компьютера. По результатам исследования было показано, что подобная стимуляция в большей степени способствует снижению уровня тревожно-депрессивных нарушений, провоспалительных цитокинов, повышает уровень продукции β -эндорфина и цитокинов противовоспалительного спектра и тем самым поддерживает стабильный терапевтический эффект на постгоспитальном уровне по сравнению с комплексной терапией психотропными препаратами. Применение АВС в комплексе основных терапевтических мероприятий улучшает психологические, психофизиологические, вегетативные и иммунные показатели у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, протекающей на фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра, позволяет снизить медикаментозную нагрузку на организм больного и поддерживает стабильный терапевтический эффект на постгоспитальном этапе [17].

В 2015 г. при использовании для генерации световых импульсов светозвуковой приставки «Лингвостим» с многоцветными RedGreenBlue-светодиодами, а для генерации изолированных бинауральных ритмов – программного обеспечения Audacity на персональном компьютере были зафиксированы положительные изменения на ЭЭГ, активация зрительной коры и продуцирование образов, способствующих формированию спокойного умиротворенного состояния [7].

Влияние АВВ на функциональную связанность мозга

Отдельным направлением исследований в этой области является влияние сенсорной стимуляции на функциональную связанность мозга.

Влияние бинауральных ритмов на функциональную связанность мозга было также показано в 2014 г. исследованиями китайских учёных Сян Гао, Хунбао Цао, Донг Мин, Хунчжи Ци, Сюэмин Ван, Сяолу Ван, Рунге Чен, Пэн Чжоу (Xiang Gao, Hongbao Cao, Dong Ming, Hongzhi Qi, Xuemin Wang, Xiaolu Wang, Runge Chen, Peng Zhou) на примере пятиминутной стимуляции мозга 13 испытуемых четырьмя различными частотами: дельта-диапазон (1 Гц), тета-диапазон (5 Гц), альфа-диапазон (10 Гц) и бета-диапазон (20 Гц) [43].

Примером значимости эндогенной синхронизации является полученное Седовым А.С. в ходе исследований в 2014 г. подтверждение того, что активация внимания и сознательно прогнозируемые произвольные движения сопровождаются синхронизированными разрядами нейронов неспецифического и моторного таламуса [18]. В работе группы немецких ученых в 2013 г. процессы синхронизации нейронной активности рассматриваются в качестве одного из важных механизмов таламо-кортикальной интеграции. Не менее значимой для мозга оказывается синхронизация эндогенной нейронной активности с внешними раздражителями [36].

При проведении аудио-визуальной стимуляции явления когерентности между полушариями головного мозга были выявлены также исследованиями Михала Теплана (Teplan M.), Анны Краковской (Krakovska A.) и Сворада Штольца (Štolc S.) из Словакии, проводившимися в 2011 г., причём значительная когерентность была выявлена между лобными частями мозга в диапазоне альфа-ритма [40].

Исследования учёных из Ирана Тирдада Сейфи Ала (Tirdad Seifi Ala), Мохаммада Ахмад-Пажуха (Mohammad Ali Ahmadi-Pajouh) и Али Мотье Насрабади (Ali Motie Nasrabadi), проведённые на 15 добровольцах и опубликованные в 2018 г. показывают, что бинауральные ритмы положительно влияют на когерентность полушарий и улучшают общую работу мозга при стимуляции в течение 6 минут, однако при 3-минутном воздействии указанный эффект теряется [39]. Таким образом, для достижения положительного терапевтического воздействия необходима стимуляция длительностью минимум 5-6 минут.

Выводы

Можно сделать вывод, что интерес к технике аудио-визуального воздействия у мирового научного сообщества возрастает, новые научные данные о работе головного мозга позволяют использовать сенсорную стимуляцию более эффективно, сфера применения АВВ расширяется, в том числе за счет использования метода аудио-визуального воздействия для экстренной активации психологического состояния, поддержания психологической надёжности и психологической реабилитации специалистов опасных профессий.

Литература

1. Ашанина Е.Н., Кулаков Д.В. Теория и практика коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний с помощью аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи // Вып.2. СПб. : Политехника-сервис, 2012. 101 с.
2. Гайнуллина А.Ф., Хакимов Э.Р., Шаяхметова Э.Ш., Блеер А.Н. Исследование функционального состояния центральной нервной системы юных боксеров на фоне применения аудиовизуальной стимуляции // Спортивный психолог. – 2017. – № 2 (45). – С. 65–69.
3. Глазачев О.С., Бобылева О.В. Возможности коррекции эмоционального и психофизиологического статуса студентов методом полимодальной сенсорной стимуляции // Социально-экологические технологии. – 2013. – № 2. – С. 103-114.
4. Головин М. С., Балиоз Н.В., Айзман Р.И., Кривошеков С.Г. Влияние аудиовизуальной стимуляции на психические и физиологические функции у спортсменов легкоатлетов // Физиология человека. – 2015. – Т. 41, № 5. – С. 90–97.
5. Головин М.С., Айзман Р.И. Аудиовизуальная стимуляция влияет на физическую работоспособность, биохимический и гормональный статус спортсменов // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2016. – Т. 161, № 5. – С. 576–580.
6. Головин М.С., Айзман Р.И. Повышение психо-функциональных резервов организма студентов под влиянием аудиовизуальной стимуляции // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2014. – № 5 (21). – С. 119–126.
7. Голуб Я.В., Емельянов В.Д., Красноперова Т.В., Курпатов В.И. Анализ воздействия свето-звуковой стимуляции на некоторые электрофизиологические показатели // Вестник психотерапии. – 2015. – № 58. – С. 101–112.
8. Ефимов О.И., Ефимова В.Л., Рожков В.П. Изменение временных характеристик центральной обработки звуковой информации в результате нейроакустических тренировок по методам Tomatis и InTime у детей. // Нейрокомпьютеры: разработка, применение. – 2016. – № 2. – С. 50–55.
9. Каркавина А. Н., Филатова Т.П., Зубова О.А. [и др.] Эффективность анти-стрессовой психофизиологической реабилитации ветеранов боевых действий с использованием инновационных технологий на стационарном этапе // От современ-

ной реабилитации и лечения к качественному долголетию : сб. материалов конф. с междунар. Участием. – Барнаул: Параграф, 2016. – С. 16–26.

10. Константинов К.В. Саморегуляция психофизиологического состояния человека в условиях ЭЭГ-акустической обратной связи : дис. ... канд. биол. наук. – СПб., 2002. – 121 с.

11. Константинов К.В., Карпенко М.Н., Леонова М.К. Динамика уровня серотонина в сеансах прослушивания акустического образа собственной ЭЭГ // Нейрокомпьютеры: разработка, применение. – 2014. – №7. – С.32–37.

12. Константинов К. В., Леонова М. К. Избирательное влияние латеральной акустической ЭЭГ-зависимой стимуляции на параметры вербальной и образной рабочей памяти // Фундаментальные и прикладные проблемы нейронаук: функциональная асимметрия, нейропластичность и нейродегенерация : сб. материалов второй всерос. конф. с междунар. участием / под ред. М.А. Пирадова, С.Н. Иллариошкина, В.Ф.Фокина. – Москва: ФГБНУ НЦН, 2016. – С. 141.

13. Косухин Е.С. Комплексная медицинская реабилитация больных бронхиальной астмой с применением биоакустической психокоррекции : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2015. – 120 с.

14. Кузнецова В.А. Психолого-педагогические условия достижения успешности у спортсменов группы высшего спортивного мастерства (на материале спортсменов-велосипедистов): дис. ... канд. психол. наук. – М., 2016. – 249 с.

15. Ляко Е.Е., Ситдиков В.М., Григорьев А.С. [и др.] Программное обеспечение модели «INFANT.MAVS» для изучения психофизиологического состояния детей первого года жизни // Труды СПИИРАН. – 2014. – № 1 (32). – С. 99–115.

16. 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 // Вестник психотерапии. – 2017. – № 61 (66). – С. 131–141.

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

18. Седов А.С., Медведник Р.С., Раева С.Н. Значение локальной синхронизации и осцилляторной активности нейронов таламуса в целенаправленной деятельности человека // Физиология человека. – 2014. – Т. 40, № 1. – С. 5–12.

19. Сmealкина Л.В. Медицинская и социально-психологическая реабилитация участников локальных конфликтов с последствиями травм в системе этапного восстановительного лечения : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 236 с.

20. Суховершин А.В., Васютина Е.М., Подорогин А.В. Антистрессовая психофизиологическая коррекция вегетативных нарушений у больных артериальной гипертензией в санатории // CardioСоматика. – 2015. – № S1. – С. 88–89.

21. Фаттахова Р.Р., Шерстобитов Ю.А. Возможности применения аудиовизуальной стимуляции как средства повышения стрессоустойчивости у сотрудников

ОВД // Проблемы современного педагогического образования. – 2017. – № 55–7. – С. 310–316.

22. Федотчев А.И., Радченко Г.С. Музыкальная терапия и «музыка мозга»: состояние, проблемы и перспективы исследований // Успехи физиологических наук. – 2013. – Т. 44, № 4. – С. 35–50.

23. Федотчев А.И., Матрусов С.Г. Устранение профессиональных функциональных расстройств через использование прямых и обратных связей в системе «человек-машина» // Медицинская физика. – 2015. № 3(67). – С. 68–73.

24. Шпилеия Л.С., Тегза В.Ю., Дьяконов И.Ф. [и др.] Современные и перспективные технологии медико-психологической реабилитации военнослужащих // Medline.ru. – 2015. – Т.16, Ст. 60. – С. 659–668.

25. Щегольков А.М., Константинов К.В., Юдин В.Е [и др.] Применение метода биоакустической коррекции в медицинской реабилитации // СПб.: АНО Издательский Дом «Научное обозрение», 2017. – 265 с.

26. Bergstrom I., Seinfeld S., Arroyo-Palacios J. [et al.] Using music as a signal for biofeedback // International Journal of Psychophysiology. – 2014. – Vol. 93 (1). – P. 140–149. doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.04.013.

27. Cabral J. [et al.] Exploring mechanisms of spontaneous functional connectivity in MEG: How delayed network interactions lead to structured amplitude envelopes of band-pass filtered oscillations // NeuroImage. – 2014. – Vol. 90. – P. 423–435. doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.11.047

28. Cantor, David S.; Evans, James R. Clinical Neurotherapy: Application of Techniques for Treatment. Academic Press. – 2014. – 448 p.

29. Cohen M. X. Where Does EEG Come From and What Does It Mean? // Trends in Neurosciences. – 2017. – Vol. 40. – P. 208–218.

30. Evans J.R., Turner R.P. Rhythmic Stimulation Procedures in Neuromodulation // Academic Press. – 2017. – P. 358.

31. Heitmann S., Boonstra T.W., Gong P. [et al.] The rhythms of steady posture: Motor commands as spatially organized oscillation patterns // Neurocomputing. – 2015. – Vol. 170. – P. 3–14. doi.org/10.1016/j.neucom.2015.01.088.

32. Hornickel J., Chandrasekaran B., Zecker S., Kraus N. Auditory brainstem measures predict reading and speech-in-noise perception in school-aged children // Behav. Brain Res. – 2011. – Vol. 216 (2). – P. 597–605. doi.org/10.1016/j.bbr.2010.08.051.

33. Jones L., Tiller N.B., Karageorghis C.I. Psychophysiological effects of music on acute recovery from high-intensity interval training // Physiology & Behavior. – 2017. – Vol. 170. – P. 106–114. doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.12.017.

34. Lenderman E. Principles of Practical Psychology: A Brief Review of Philosophy, Psychology, and Neuroscience for Self-Inquiry and Self-Regulation // CreateSpace Independent Publishing Platform. – 2015. – 298 p.

35. Musacchia G., Large E.W., Schroeder C.E. Thalamocortical mechanisms for integrating musical tone and rhythm // Hear Res. – 2014. – Vol. 308. – P. 50–59. doi.org/10.1016/j.heares.2013.09.017.

36. Ngo H.V., Martinetz T., Born J., Molle M. Auditory Closed-Loop Stimulation of the Sleep Slow Oscillation Enhances Memory // *Neuron*. – 2013. – Vol. 78(3). – P. 545–553. doi.org/10.1016/j.neuron.2013.03.006.

37. Noel J.-P., Park H.-D., Pasqualini I. [et al] Audio-visual sensory deprivation degrades visuo-tactile peri-personal space // *Consciousness and Cognition*. – 2018. – Vol. 61. – P. 61–75. doi.org/10.1016/j.concog.2018.04.001.

38. Oschman, J. L. *Energy Medicine (Second Edition). The Scientific Basis*. – Churchill Livingstone, 2016. – P. 241–267.

39. Seifi T., Mohammad A., Ahmadi-Pajouh A., Motie A. Nasrabadi. Cumulative effects of theta binaural beats on brain power and functional connectivity // *Biomedical Signal Processing and Control*. – 2018. – Vol. 42. – P. 242–252. doi.org/10.1016/j.bspc.2018.01.022.

40. Teplan M., Krakovska A., Stolic S. Direct effects of audio-visual stimulation on EEG // *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. – 2011. – Vol. 102 (1). – P. 17–24. doi.org/10.1016/j.cmpb.2010.11.013.

41. Trost W., Vuilleumier P. Rhythmic entrainment as a mechanism for emotion induction by music: a neurophysiological perspective. In *The Emotional Power of Music: Multidisciplinary Perspectives on Musical Arousal, Expression, and Social Control* / Cochrane T., Fantini B., and Scherer K. R. (Eds.). Oxford, UK: Oxford University Press; 2013. – P. 213–225.

42. Wan L., Dikker S., Davidesco I. [et al.] Brain-to-Brain Synchrony Tracks Real-World Dynamic Group Interactions in the Classroom // *Cell Press*. – 2017. – Vol. 27 (9). – P. 1375–1380. doi.org/10.1016/j.cub.2017.04.002.

43. Xiang Gao, Hongbao Cao, Dong Ming [et al] Analysis of EEG activity in response to binaural beats with different frequencies // *International Journal of Psychophysiology*. – 2014. – Vol. 94 (3). – P. 399–406. doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.10.010.

Поступила 10.09.2018

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

Для цитирования. Ашанина Е.Н., Сеник М.Н. Современные исследования техник аудио-визуального воздействия (обзор отечественной и иностранной литературы за 2011–2018 гг.) // *Вестн. психотерапии*. 2018. № 67 (72). С. 44–65.

**MODERN RESEARCHES OF TECHNIQUES OF AUDIO-VISUAL ENTERTAINMENT
(REVIEW OF DOMESTIC AND FOREIGN LITERATURE FOR 2011–2018)**

Ashanina E.N., Senik M.N.

Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Academika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);
Saint Petersburg State Institute of Technology (Technical University)
(Moskovsky Ave., 26, St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Nikolaevna Ashanina – Dr. Psychol. Sci. Assistant Prof., Prof. Department of health and safety, extreme and radiation medicine The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

Mikhail Nikolaevich Senik – PhD Student, Department of Sociology of Saint Petersburg State Institute of Technology (Technical University) (Moskovsky Prospect, 26, St. Petersburg, 190013, Russia), e-mail: senikm@ya.ru.

Abstract. The modern directions, spheres of application and efficiency of various methods of audio-visual impact on the basis of domestic and foreign scientific publications for 2011-2018 are considered.

Keywords: audiovisual impact, biological feedback, EEG – biofeedback, sensory stimulation, psychological rehabilitation, biological psychocorrection.

References

1. Ashanina E.N., Kulakov D.V. Teoriya i praktika korrekcii dezadaptivnyh nervno psihicheskikh sostoyanij s pomoshhyu audiovizualnogo vozdejstviya i biologicheskoi obratnoj svyazi [Theory and practice of correction of non-adaptive neuro-psychiatric conditions using audiovisual effects and bio feedback]. Sankt-Peterburg. 2012. 101 p. (In Russ.)

2. Gainullina A.F., Khakimov E.R., Shayahmetova E.Sh., Bleer A.N. Issledovanie funktsionalnogo sostoyaniya centralnoj nervnoj sistemy yunyh bokserov na fone primeneniya audiovizualnoj stimulyacii [The study of the functional state of the Central nervous system of young boxers in the background of the use of audio-visual stimulation]. *Sportivnyj psikholog* [Sport psychologist]. 2017. N 2 (45). Pp. 65–69. (In Russ.)

3. Glazachev O.S., Bobyleva O.V. Vozmozhnosti korrekcii ehmocionalnogo i psihofiziologicheskogo statusa studentov metodom polimodalnoj sensornoj stimulyacii Socialno-ehkologicheskije tekhnologii [Possibilities of correction of emotional and psychophysiological status of students by polymodal sensory stimulation]. *Sotsial'no-ehkologicheskije tekhnologii* [Socio-ecological technologies]. 2013. N 2. P. 103–114. (In Russ.)

4. Golovin M. S., Balis N.V., Aizman R.I., Krivoschekov S. G. Vliyanie audiovizualnoj stimulyacii na psihicheskije i fiziologicheskije funkciony u sportsmenov legkoatletov Fiziologiya cheloveka [Influence of audiovisual stimulation on mental and physiological functions in athletes]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2015. Vol. 41. N 5. Pp. 90–97. (In Russ.)

5. Golovin M.S., Eizman R.I. Audiovizualnaya stimulyaciya vliyaet na fizicheskuyu rabotosposobnost biohimicheskij i gormonalnyj status sportsmenov [Audio-

visual stimulation affects physical performance, biochemical and hormonal status of athletes]. *Byulleten' ehksperimental'noj biologii i meditsiny* [Bulletin of experimental biology and medicine]. 2016. Vol. 161. N. 5. Pp. 576–580. (In Russ.)

6. Golovin M. S., Eizman R.I. Povyshenie psiho-funktionalnyh rezervov organizma studentov pod vliyaniem audiovizualnoj stimulyacii [Increase of psychofunctional reserves of students under the influence of audiovisual stimulation]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta* [Bulletin of Novosibirsk state pedagogical University]. 2014. N 5 (21). Pp. 119–126. (In Russ.)

7. Golub, Y.V., Emelyanov V.D., Krasnoperova T. V., Kurpatov V.I. Analiz vozdejstviya sveto-zvukovoj stimulyacii na nekotorye ehlektrofiziologicheskie pokazateli [Analysis of the effect of light and sound stimulation on some electrophysiological parameters]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 58. Pp. 101–112. (In Russ.)

8. Efimov O.I., Efimova V.L., Rozhkov V.P. Izmenenie vremennyh harakteristik centralnoj obrabotki zvukovoj informacii v rezultate nejroakusticheskikh trenirovok po metodam Tomatis i InTime u detej [Changes of the temporal characteristics of Central processing of auditory information in the result neuroanesthesia training on the methods of Tomatis and Intime in children]. *Nejrokompyutery: razrabotka, primenenie* [Neurocomputers: development, application]. 2016. N 2. Pp. 50–55 (In Russ.)

9. Karsavina A.N., Filatova T.P., Zubov O.A. [et al.] Effektivnost antistressovoj psihofiziologicheskoj rehabilitacii veteranov boevyh dejstvij s ispolzovaniem innovacionnyh tekhnologij na stacionarnom ehtape [The effectiveness of anti-psychophysiological rehabilitation of veterans of military operations with the use of innovative technologies at the stationary stage]. *Ot sovremennoj reabilitatsii i lecheniya k kachestvennomu dolgoletiyu* [From modern rehabilitation and treatment to high-quality longevity] : materials scientific conf. Barnaul. 2016. Pp. 16–26. (In Russ.)

10. Konstantinov K.V. Samoregulyaciya psihofiziologicheskogo sostoyaniya cheloveka v usloviyah EEG-akusticheskoy obratnoj svyazi [Self-Regulation of the human psychophysiological state in terms of EEG-acoustic feedback] : Dissertation PhD. Biol. Sci. Sankt-Peterburg. 2002. 121 p. (In Russ.)

11. Konstantinov K.V., Karpenko M. N., Leonov M.K. Dinamika urovnya serotonina v seansah proslushivaniya akusticheskogo obraza sobstvennoj EEG [Dynamics of serotonin levels in sessions of listening to the acoustic image of own EEG]. *Nejrokompyutery: razrabotka, primenenie* [Neurocomputers: development, application]. 2014. N 7. Pp. 32–37. (In Russ.)

12. Konstantinov K.V., Leonova M.K. Izbiratelnoe vliyanie lateralnoj akusticheskoy EEG-zavisimoy stimulyacii na parametry verbalnoj i obraznoj rabochej pamyati [Selective influence of lateral acoustic EEG-dependent stimulation on the parameters of verbal and figurative working memory]. *Fundamental'nye i prikladnye problemy neyronauk: funktsional'naya asimmetriya, nejroplastichnost' i nejrodegeneratsiya* [Fundamental and applied problems of neuroscience: functional asymmetry, neuroplasticity and neurodegeneration] : materials scientific conf. Moskva. 2016. Pp. 141. (In Russ.)

13. Kosukhin E.S. Kompleksnaya medicinskaya reabilitaciya bolnyh bronhialnoj astmoj s primeneniem bioakusticheskoj psihokorrekcii [Complex medical rehabilitation of patients with bronchial asthma using bioacoustic psychocorrection] : Dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2015. 120 p. (In Russ.)

14. Kuznetsova V.A. Psihologo-pedagogicheskie usloviya dostizheniya uspesnosti u sportsmenov gruppy vysshego sportivnogo masterstva na materiale sportsmenov-velosipedistov [Psychological and pedagogical conditions of success of athletes of the group of the highest sports skill (on a material of athletes-cyclists)] : Dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva 2016. 249 p. (In Russ.)

15. Lyakso E.E., Sitdikov V.M., Grigoriev A. S. [et al.] Programmnoe obespechenie modeli "INFANT.MAVS" dlya izucheniya psihofiziologicheskogo sostoyaniya detej pervogo goda zhizni [Software of the model " INFANT.MAVS " for studying psychophysiological state of infants in the first year of life]. *Trudy SPIIRAN* [Proceedings of SPIIRAS]. 2014. N 1 (32). Pp. 99–115. (In Russ.)

16. Pankov M. N., Solovyev A. G., Gribanov A. V. Izmeneniya ehnergeticheskogo metabolizma golovnogogo mozga u detej s sindromom deficita vnimaniya s giperaktivnostyu pri funkcionalnom EEG-bioupravlenii [Changes in the energy metabolism of the brain in children with attention deficit disorder with hyperactivity in functional EEG biofeedback]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 61 (66). Pp. 131–141 (In Russ.)

17. Parcernak S. A., Gertsev A.V., Ishhuk V.N. Ocenka ehfektivnosti primeniya vizualno-audialnoj stimulyacii v kompleksnoj terapii bolnyh s polimorbidnoj serdechno-sosudistoj patologiej protokayushhej na fone rasstrojstv trevozno-depressivnogo spectra [Evaluation of the effectiveness of visual-auditory stimulation in the treatment of patients with polymorbid cardiovascular disease, occurring on the background of disorders of the anxiety-depressive spectrum]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 58 (63). Pp. 101–112. (In Russ.)

18. Sedov A.S., Medvednik R.S., Raeva S.N. Znachenie lokalnoj sinhronizacii i oscilljatornoj aktivnosti nejronov talamusa v celenapravlennoj deyatel'nosti cheloveka [The importance of local synchronization and oscillatory activity of neurons in the human targeted activity of the thalamus]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2014. Vol. 40, N 1. Pp. 5–12 (In Russ.)

19. Smekalkina L. V. Medicinskaya i socialno-psihologicheskaya reabilitaciya uchastnikov lokalnyh konfliktov s posledstviyami travm v sisteme ehstupnogo vosstanovitel'nogo lecheniya [Medical and socio-psychological rehabilitation of participants in local conflicts with the consequences of injuries in the system of stage-by-stage rehabilitation treatment] : Dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2011. 236 p. (In Russ.)

20. Suhovershin A.V., Vasyutina E.M., Podorogin A.V. Antistressovaya psihofiziologicheskaya korrekciya vegetativnyh narushenij u bolnyh arterialnoj gipertenziej v sanatorii [Anti-Stress psychophysiological correction of vegetative disorders in patients with hypertension in the sanatorium]. *Cardiosomatika* [Cardiosomatics]. 2015. N S1. Pp. 88–89. (In Russ.)

21. Fattahova R.R., SHERstobitov Y.U. Vozmozhnosti primeneniya audiovizualnoj stimulyacii kak sredstva povysheniya stressoustojchivosti u sotrudnikov OVD [Possibilities of use of audiovisual stimulation as a means of improving stress tolerance of police officers]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya* [Problems of modern pedagogical education]. 2017. N 55-7. Pp. 310–316. (In Russ.)

22. Fedotchev A. I., Radchenko G.S. Muzykalnaya terapiya i muzyka mozga sostoyanie problemy i perspektivy issledovaniy [Music therapy and "music of the brain": the state, problems and prospects of research]. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* [Advances in physiological Sciences]. 2013. Vol. 44, N 4. Pp. 35–50. (In Russ.)

23. Fedotchev A. I., Matrusov S.G. Ustranenie professionalnyh funkcionalnyh rasstrojstv cherez ispolzovanie pryamyh i obratnyh svyazey v sisteme chelovek-mashina [Elimination of professional functional disorders through the use of direct and feedback in the system "man-machine"]. *Meditsinskaya fizika* [Medical physics]. 2015. N 3 (67). Pp. 68–73 (In Russ.)

24. Shpilenya L.S., Tegza V.U., Dyakonov I.F. [et al.] Sovremennye i perspektivnye tekhnologii mediko-psihologicheskoy reabilitacii voennosluzhashhih [Modern and advanced medical and psychological treatments of soldiers rehabilitation]. *Medlajn.ry* [Medline.ru]. 2015. Vol. 16, St. 60. Pp. 659–668 (In Russ.)

25. Schegolkov A. M., Konstantinov K.V., Yudin V.E. [et al.] Primenenie metoda bioakusticheskoy korrekcii v medicinskoj reabilitacii [Application of the method of bio-acoustic correction in medical rehabilitation]. Sankt-Peterburg. 2017. 265 p. (In Russ.)

26. Bergstrom I., Seinfeld S., Arroyo-Palacios J. [et al.] Using music as a signal for biofeedback. *International Journal of Psychophysiology*. 2014. Vol. 93 (1). Pp. 140–149. doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.04.013

27. Cabral J. [et al.] "Exploring mechanisms of spontaneous functional connectivity in MEG: How delayed network interactions lead to structured amplitude envelopes of band-pass filtered oscillations". *NeuroImage*. 2014. Vol. 90. Pp. 423–435. doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.11.047

28. Cantor David S.; Evans James R. Clinical Neurotherapy: Application of Techniques for Treatment. Academic Press. 2014. 448 p.

29. Cohen M. X. Where Does EEG Come From and What Does It Mean? *Trends in Neurosciences*. 2017. Vol. 40. Pp. 208–218.

30. Evans J.R., Turner R.P. Rhythmic Stimulation Procedures in Neuromodulation. *Academic Press*. 2017. P. 358.

31. Heitmann S., Boonstra T.W., Gong P. [et al.] The rhythms of steady posture: Motor commands as spatially organized oscillation patterns. *Neurocomputing*. 2015. Vol. 170. Pp. 3–14. doi.org/10.1016/j.neucom.2015.01.088

32. Hornickel J., Chandrasekaran B., Zecker S., Kraus N. Auditory brainstem measures predict reading and speech-in-noise perception in school-aged children. *Behav. Brain Res*. 2011. V. 216 (2). P. 597–605. doi.org/10.1016/j.bbr.2010.08.051

33. Jones L., Tiller N.B., Karageorgi C.I. Psychophysiological effects of music on acute recovery from high-intensity interval training. *Physiology & Behavior*. 2017. Vol. 170. Pp. 106–114. doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.12.017

34. Lenderman E. Principles of Practical Psychology: A Brief Review of Philosophy, Psychology, and Neuroscience for Self-Inquiry and Self-Regulation. *CreateSpace Independent Publishing Platform*. 2015. 298 p.

35. Musacchia G., Large E.W., Schroeder C.E. Thalamocortical mechanisms for integrating musical tone and rhythm. *Hear Res*. 2014. Vol. 308. Pp. 50–59. doi.org/10.1016/j.heares.2013.09.017

36. Ngo H.V., Martinetz T., Born J., Molle M. Auditory Closed-Loop Stimulation of the Sleep Slow Oscillation Enhances Memory. *Neuron*. 2013. Vol. 78(3). Pp. 545–553. doi.org/10.1016/j.neuron.2013.03.006

37. Noel J.-P., Park H.-D., Pasqualini I. [et al] Audio-visual sensory deprivation degrades visuo-tactile peri-personal space. *Consciousness and Cognition*. 2018. Vol. 61. Pp. 61–75. doi.org/10.1016/j.concog.2018.04.001

38. Oschman, J. L. *Energy Medicine (Second Edition). The Scientific Basis*. Churchill Livingstone, 2016. Pp. 241–267.

39. Seifi T., Mohammad A., Ahmadi-Pajouh A., Motie A. Nasrabadi. Cumulative effects of theta binaural beats on brain power and functional connectivity. *Biomedical Signal Processing and Control*. 2018. Vol. 42. Pp. 242–252. doi.org/10.1016/j.bspc.2018.01.022

40. Teplan M., Krakovska A.; Stolic S. Direct effects of audio-visual stimulation on EEG. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2011. Vol. 102 (1). Pp. 17–24. doi.org/10.1016/j.cmpb.2010.11.013

41. Trost W., Vuilleumier P. Rhythmic entrainment as a mechanism for emotion induction by music: a neurophysiological perspective. In *The Emotional Power of Music: Multidisciplinary Perspectives on Musical Arousal, Expression, and Social Control / Cochrane T., Fantini B., and Scherer K. R. (Eds.)*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2013. Pp. 213–225.

42. Wan L., Dikker S., Davidesco I. [et al.] Brain-to-Brain Synchrony Tracks Real-World Dynamic Group Interactions in the Classroom. *Cell Press*. 2017. Vol. 27 (9). Pp. 1375–1380. doi.org/10.1016/j.cub.2017.04.002

43. Xiang Gao, Hongbao Cao, Dong Ming [et al] Analysis of EEG activity in response to binaural beats with different frequencies. *International Journal of Psychophysiology*. 2014. Vol. 94 (3). Pp. 399–406. doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.10.010

Received 10.09.2018

For citing. Ashanina E.N., Senik M.N. Sovremennyye issledovaniya tekhniki audiovizual'nogo vozdeystviya (obzor otechestvennoj i inostrannoj literatury za 2011–2018 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 67 (72). P. 44–65. **(In Russ.)**

Ashanina E.N., Senik M.N. Modern researches of techniques of audio-visual entertainment (review of domestic and foreign literature for 2011–2018) *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 67. Pp. 44–65.

ПРОБЛЕМА ПСИХОФИЗИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ: СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ, МЕТОДЫ И ИХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

¹ Русская христианская гуманитарная академия
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15);

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

В статье представлены актуальные концепции психофизической саморегуляции, ее основные методы, приемы и физиологические механизмы, на которых они базируются. Проанализированы основы произвольной и непроизвольной психофизической саморегуляции, в частности целесообразность подбора техник саморегуляции на основе физиологических реакций.

Ключевые слова: психофизическая саморегуляция, психическое программирование, нервно-мышечная релаксация, аутогенная тренировка, идеомоторная тренировка, сенсорная репродукция образов, самовоздействие, самокоррекция.

Актуальность проблемы

На психику современного человека воздействует большое число различных стрессовых факторов, ввиду чего у многих людей возникает искаженное восприятие объективной реальности, например преувеличение значимости рядовых проблем и чрезмерно эмоциональное их восприятие [7]. Это ведет к росту эмоционального напряжения, эмоциональному истощению, снижению эмоционального интеллекта, что в конечном итоге негативно сказывается на способности людей к полноценной коммуникации, может приводить к развитию депрессивных состояний и общему снижению самочувствия.

Уменьшение физической нагрузки и значительная психическая нагрузка на человека в силу стремительного роста научно-технического прогресса,

✉ Кузнецова Дарья Владимировна – врач общ. практики, магистрант каф. психол. Русской христиан. гуманит. акад. (Россия, 191023, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 15), e-mail: dashabogomolova @yandex.ru;

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

кардинально меняющихся за очень короткие сроки социально-экономических условий, огромного потока часто отрицательной информации, необходимости самореализации в жестких конкурентных условиях, возрастающего темпа жизни – все это создает выраженный психический стресс, в условиях которого мы существуем. Для того чтобы сохранить психическое здоровье, не говоря уже о самоактуализации, необходимо учиться контролировать и направлять в нужное русло свое психическое состояние в сложных условиях [13].

Данная ситуация обуславливает необходимость поиска для современного человека путей и методов использования энергии стресса в созидательных целях, которые возможно применять на регулярной основе без существенных временных затрат. Можно говорить об использовании с этой целью научно обоснованных методик психофизической саморегуляции. Смысл психофизической саморегуляции – обучение человека управлять своей психической деятельностью в сложных для него периодах жизни посредством активной регуляции произвольных психофизиологических функций (дыхания, сердечной деятельности, мышечной активности и пр.). Особую актуальность сегодня приобретает проблема практического применения этих методов.

Основные концепции психофизической саморегуляции, ее основные методы, приемы и физиологические механизмы

Исследование психофизиологических функциональных состояний – как «объекта» процесса психофизической саморегуляции осуществляется с 1970-х гг. Психофизиологические функциональные состояния рассматриваются как системная реакция, которая обеспечивает необходимый объем ресурсов для деятельности человека и компенсации возникающих в процессе этой деятельности затруднений. Именно изменение характера ресурсного обеспечения деятельности человека, возможность дополнения ресурсов при их истощении (в первую очередь психических) являются сегодня одним из базовых прикладных направлений исследований. Психофизическая саморегуляция в рамках данного направления научных исследований рассматривается как один из путей оптимизации ресурсного обеспечения деятельности человека [5].

В рамках изучения методов психофизической саморегуляции накоплен достаточно большой массив эмпирических данных о разных типах психофи-

зиологических состояний, а также разработаны критерии и методики их диагностики и коррекции.

Сегодня выявлены типичные состояния, характеризующиеся истощением психофизиологических ресурсов жизнедеятельности, например утомление, монотония и напряженность [12, 13, 19]. Наиболее важным направлением исследования психофизиологических состояний, имеющим практическое значение, является направление исследования путей саморегуляции таких состояний, в том числе и психофизической саморегуляции. Основная цель процесса саморегуляции – это гармонизация взаимоотношений с окружающим миром. Эта цель достижима через активизацию механизмов произвольной и непроизвольной саморегуляции различного уровня, в первую очередь через обучение приемам и способам произвольной саморегуляции (дыхательная гимнастика, мышечная реакция, аутогенные тренировки, аутотренинг, программирующая роль слова, самовнушение и т. д.) [5].

На современном этапе подход к саморегуляции психофизиологических состояний как к определенному виду психической деятельности дает возможность сделать вывод о том, что успешность саморегуляции определяется индивидуальным стилем и набором методов саморегуляции. В практике выработка индивидуального стиля психофизической саморегуляции является результатом взаимодействия двух ключевых механизмов [6]:

1. на психодинамическом уровне – это механизм экстра-интраверсии, обеспечивающий эмоциональную и поведенческую вариативность;
2. на физиологическом уровне – это верное определение и использование особенностей типа вегетативной регуляции (эрготрофотропного), который отвечает за энергетическое обеспечение процессов психической деятельности человека.

В исследованиях в области непроизвольной (неосознаваемой, происходящей помимо воли) психофизической саморегуляции выделяется несколько основных стилей. Так, например, у людей с гармоничным стилем психофизической саморегуляции (например, у экстравертов, которые оптимистично воспринимают окружающую реальность) оба эти механизма действуют как единая система, у таких личностей достаточно психических ресурсов, чтобы даже в стрессовых для физического и психического состояния условиях активно и плодотворно взаимодействовать с окружающим миром [1, 13].

Несколько иная тактика формируется у людей с так называемым экономным стилем психофизической саморегуляции (как правило, это интровер-

ты с недостаточным обеспечением психических процессов). Эти личности, имея недостаточный объем ресурсов для обеспечения психической деятельности, осторожны, в стрессовых ситуациях не растрачивают эмоции. При работе в условиях, требующих существенного психического и/или физического напряжения, такие люди быстро начинают испытывать утомление, депрессию и психическое истощение. В то же время, в психически и физически комфортных условиях экономный стиль психофизической саморегуляции может являться оптимальным [9].

У личностей – интровертов с эрготропным (реализуется преимущественно симпатическим отделом ВНС) реагированием наблюдается наиболее специфический стиль психофизической саморегуляции. Будучи не активными в поведении и имея значительные резервы, они накапливают ресурсы и в сравнительно напряженных условиях могут активно задействовать аккумулярованные ресурсы, не ухудшая при этом своего состояния. Такой стиль психофизической саморегуляции называют накопительным, и он также близок к оптимальному [1, 20].

Особые трудности испытывают экстраверты с трофотропным (реализуется парасимпатическим отделом ВНС) реагированием – это представители так называемого затратного стиля психофизической саморегуляции. Обладая сравнительно низкими психическими ресурсами, в поведении, особенно в экстремальных ситуациях, они затрачивают большой объем психической и физической энергии, что делает стиль психофизической саморегуляции неэффективным [10].

Несмотря на то что приведенные выше стили психофизической саморегуляции являются произвольными, знание индивидуального стиля позволяет более эффективно применять методы и приемы психофизической саморегуляции на осознанном уровне – то есть осуществлять произвольную психофизическую саморегуляцию, набор приемов которой целесообразно подбирать, исходя из индивидуального стиля произвольной психофизической саморегуляции, а также разрабатывать индивидуально ориентированные системы обучения методам психофизической саморегуляции.

Специфика исследования и применения различных приемов и методов психофизической саморегуляции состоит в том, что способность к ее осуществлению – это одно из ведущих качеств организма, позволяющее осуществлять мобилизацию его резервных возможностей [16].

Физиологический смысл психофизической саморегуляции состоит в снижении негативного влияния стрессовых воздействий на организм человека и мобилизации его ресурсов в сложных условиях. Снижение влияния внешних воздействий на организм происходит через систему саморегуляции физиологических функций, в частности при помощи нервных и гуморальных механизмов регуляции, обеспечивающую поддержку жизнедеятельности организма [18].

Гуморальная регуляция – это один из наиболее рано возникших в эволюции механизмов регуляции жизнедеятельности организма, осуществляющийся через жидкие среды (лимфу, кровь, тканевую (межклеточную) жидкость, слюну) с помощью гормонов, которые выделяют клетки, органы, ткани [11].

У высших животных, включая и человека, процессы гуморальной регуляции подчинены нервной регуляции. Нервная и гуморальная регуляция совместно составляют единую систему нейрогуморальной регуляции. Благодаря такой системе, продукты обмена веществ воздействуют не только на эффекторные органы, но также и на хеморецепторы (окончания нервов) и нервные центры, вызывая различные реакции, направленные на поддержание гомеостаза [14].

Например, если при усиленной физической работе в крови человека увеличивается концентрация углекислого газа, то сопровождающее его снижение уровня кислорода приводит к возбуждению дыхательного центра, сопутствующему усилению дыхания и выведению излишков углекислого газа.

Гуморальная передача нервных импульсов особыми химическими веществами, так называемыми медиаторами, производится в центральной и периферической нервной системе. В гуморальной регуляции также велика роль продуктов промежуточного обмена. Например, гуморальная регуляция желудка производится специализированными пищеварительными гормонами желудка и двенадцатиперстной кишки. Так, гормон гастрин возбуждает желудочную секрецию и усиливает сокращение стенок желудка в ответ на попадание пищи, требующей более длительного переваривания.

Важным свойством любого живого организма, в том числе и организма человека, влияющим на эффективность процессов регуляции, является реактивность. Реактивность – это способность организма отвечать на раздражители внешней и внутренней среды изменениями обмена веществ. При активации систем, ответственных за адаптацию (приспособление) организма к

внешним условиям, возникает компенсация и нивелирование внешних и внутренних воздействий на организм, то есть возвращение организма к состоянию гомеостаза [16].

Этим объясним тот факт, что человеческий организм в измененных состояниях сознания, при сильном физическом и/или психическом стрессе, осуществляет произвольную психофизическую саморегуляцию. Именно на основе способности к произвольной психофизической саморегуляции целесообразно строить обучение произвольной саморегуляции с целью ее сознательного применения в различных стрессовых ситуациях.

Существующие системы методов и приемов психофизической саморегуляции включают в себя комплексы разнообразных психофизических упражнений, позволяющих регулировать самостоятельно собственное функциональное состояние.

На современном этапе изучение механизмов психофизической саморегуляции и состояний сознания, обуславливающих ее, проводится как теоретически – в психофизиологии, нейрофизиологии, психоэндокринологии, так и в прикладном аспекте исследований – в медицине, педагогике, психологии спорта.

Достаточное число современных исследований в сфере психофизиологии дает возможность предположить общую структуру влияния психофизической саморегуляции на функциональное состояние организма. В частности, в практических исследованиях на электроэнцефалограмме испытуемых при выполнении ими различных упражнений по психофизической саморегуляции наблюдаются преобладание альфа-ритма и возникновение синхронизации, снижение амплитуды «потенциалов готовности», рост работоспособности при выполнении локальной работы [8].

Также в процессе психофизической саморегуляции наблюдается рост содержания эритроцитов при статических позах за счет интенсификации дыхания и увеличения кислородного обмена. Рост числа эритроцитов позволяет более эффективно осуществлять необходимую работу в стрессовой ситуации вследствие более эффективного снабжения организма кислородом [9]. В современных исследованиях также выявлены возможности произвольной регуляции вегетативных функций организма, тонуса мышц благодаря биологической обратной связи [9].

Большой интерес для современных исследований представляет проблема психофизической саморегуляции в рамках ситуаций, когда испытуемый

переживает болевые ощущения. При описании таких ситуаций указывают на работу особых клеток нервной системы – модулирующих нейронов, которые не вызывают болевые реакции, но при этом регулируют активность иных нейронов (по типу контактов «синапс на синапсе»). Модулирующие нейроны осуществляют косвенно и регуляцию болевой чувствительности.

Нейронные механизмы развития отдельных видов функциональных состояний включают электрохимические реакции с участием нейромедиаторов. Результаты взаимодействия этих систем сказываются на физиологических свойствах нейронов и по итогу – на характере функционального состояния. Это обуславливает возможность влиять при помощи приемов саморегуляции в том числе и на болевые ощущения, испытываемые человеком.

Выявленные эффекты работы нейронных механизмов развития функциональных состояний стали стимулом для изучения различных систем упражнений, которые входят в методики психофизической саморегуляции. Главный смысл занятий упражнениями заключается в создании комфортного для человека, положительного психоэмоционального состояния и достижения влияния такого состояния на физиологические ощущения [15].

Комплексы упражнений по управлению психофизиологическими состояниями включают воздействие через движение тела на эмоциональное состояние человека.

Например, комплекс упражнений на развитие координации позволяет усилить концентрацию внимания и тем самым повысить эффективность работы в стрессовой ситуации.

В качестве основных упражнений, которые входят в состав комплекса по развитию координации, можно привести вращение рук, соединенных ладонями, в сагиттальной плоскости вперед и назад, в положении стоя вращение рук в сагиттальной плоскости с отставанием, вращение рук, при котором одна рука вращается назад, а вторая – вперед, поднятие и опускание ног лежа, в сагиттальной плоскости [11].

Комплекс упражнений на глубокое дыхание предназначен для формирования навыков диафрагмального дыхания. Комплекс упражнений в рамках психофизической саморегуляции, как правило, содержит от 2 до 5 различных упражнений. Выполнение упражнений на дыхание позволяет попутно осуществить расслабление различных групп мышц (за счет монотонной, медленной, расслабленной работы), а также повысить уровень снабжения клеток орга-

низма кислородом, что повышает работоспособность, в том числе и работоспособность мозга [3].

Идеомоторные упражнения, выполняемые в ходе психофизической саморегуляции, предназначены для увеличения подвижности мышц и суставов за счет снятия возникшего мышечного напряжения. Мышечное напряжение сопровождает большинство стрессов, это обусловлено особенностями общего адаптационного синдрома – как стандартной физиологической реакции организма на стресс [3].

Современная модель общего адаптационного синдрома выглядит следующим образом [7]:

1. Стадия тревоги, или стадия напряжения. Происходит усиленный выброс адреналина в кровь, что позволяет мобилизовать углеводные и жировые ресурсы для энергетических целей и повышает уровень инсулина в крови, кортикальные клетки выделяют в кровь секрет, перерабатывающий имеющиеся запасы аскорбиновой кислоты, жиров и холестерина. Снижается работа щитовидной и половых желез, растет количество лейкоцитов, происходит подавление анаболических процессов, снижение образования РНК и синтеза белковых веществ, а также иные реакции, мобилизирующие имеющиеся в организме ресурсы;

2. Стадия резистентности. Происходит накопление в корковом слое надпочечников предшественников стероидных гормонов, увеличение выброса гормональных продуктов в кровяное русло, снижение уровня инсулина в крови, обеспечивающее рост метаболических эффектов кортикостероидов. Неспецифическая сопротивляемость снижается, но растет устойчивость организма непосредственно к тому фактору, который вызвал стресс. Если стрессовый фактор оказался слишком сильным, то может возникнуть третья стадия – стадия истощения;

3. Стадия истощения. Сопровождается явлениями повреждения, явления распада.

Идеомоторные упражнения, как и дыхательные, в рамках осуществления психофизической саморегуляции позволяют на первых двух стадиях общего адаптационного синдрома увеличить эффективность адаптации организма. В частности, за счет роста интенсивности обменных процессов при помощи использования упражнений психофизической саморегуляции можно усилить синтез РНК и белков на первой стадии, что позволит повысить эффективность адаптации организма к стрессу.

Идеомоторные упражнения осуществляют физическое движение с запоминанием на физиологическом уровне телесных ощущений, вызванных определенным движением, и производят выполненное ранее физическое движение мысленно, без непосредственного физического движения с преувеличенной амплитудой.

Релаксационные упражнения позволяют в рамках стрессовых ситуаций осуществить расслабление мышц, снизив их общий тонус и напряжение, и тем самым уменьшить интенсивность эмоциональной реакции на стрессовую или сложную ситуацию.

Практическая реализация психофизической саморегуляции происходит, в частности, за счет суммарного эффекта от выполняемых комплексов упражнений. Также в большинстве методик используется регулирующая и программирующая роль слова (формулы самовнушения и самоубеждения). Состав и структура приемов психофизической саморегуляции может подбираться индивидуально, исходя из стиля произвольной саморегуляции, уровня возбудимости центральной нервной системы, особенностей психики, уровня повседневного и неперiodического стресса [8].

Человек может влиять на свое психофизиологическое состояние средствами психофизической саморегуляции, используя четыре группы методов [8]: нервно-мышечная релаксация; аутогенная тренировка; идеомоторная тренировка; сенсорная репродукция образов.

Наиболее разработаны два первых метода, которые применяются наиболее часто.

Техника нервно-мышечной релаксации впервые предложена Э. Джекобсоном (1938) и легла в основу метода прогрессирующей релаксации. Согласно теоретической базе этого метода, каждому типу эмоционального реагирования соответствует напряжение конкретной группы мышц [21].

Например, депрессивные состояния сопровождаются напряжениями дыхательных мышц, при страхе наблюдаются спазмы артикуляционной мускулатуры и фонации, что влечет нарушение речи. Существует также и обратная зависимость: мышечная релаксация может провоцировать изменение психического состояния.

Эти данные легли в основу развития метода техники нервно-мышечной релаксации. Терапевтическое обоснование заключалось в том, что произвольное расслабление мышц сопровождается уменьшением нервно-эмоционального напряжения и оказывает седативный эффект. В комплексе это дает воз-

возможность улучшить общие условия работы нервной системы и работу организма в целом. От метода нервно-мышечной релаксации впоследствии отделился метод аутогенной тренировки.

Согласно классификации д-ра И. Шульца [21], используемой и в настоящее время, аутогенная тренировка разделяется на «нижнюю» ступень, включающую упражнения на релаксацию и самовнушение, и «высшую», направленную на введение пациента в трансовые состояния разной глубины и интенсивности. Доктор Шульц разработал схему нейтрализации невротических переживаний с помощью аутогенной тренировки. С этой целью, а также для коррекции различных психосоматических расстройств и с целью мобилизации ресурсов организма и снятия нервного напряжения и негативных эмоциональных состояний у здоровых лиц, она используется и сейчас. На первом этапе обученный методике пациент при помощи упражнений «первой ступени» программирует становление у себя релаксационного состояния. Тренировка по релаксации всех групп мышц включает несколько упражнений, которые нужно выполнять в той очередности, в которой они изложены. Также огромную роль играет правильное дыхание, направленное на релаксацию и самопрограммирующие словесные формулы: «Мне дышится свободно. Я абсолютно спокоен. Исчезает внутреннее напряжение. Руки тяжелеют. Тепло разливается по телу» и др. [21].

Филимоненко Ю.И. [20] отмечает, что становление релаксационного состояния обусловлено естественной программой восстановления организма при наличии утомления и напряженности и осуществляется произвольно путем формирования внеситуативного образа в сознании, замещением образа актуальной жизненной ситуации образом тактильно-кинестетических релаксационных ощущений.

В частности, можно программировать условие изменения состояния, скорость его изменения, длительность сохранения, специфику психомоторного проявления.

При правильном выполнении первой ступени аутогенной тренировки пациент приходит в состояние, среднее между бодрствованием и сном, когда формулы самовнушения, которые и произносятся на этом этапе, наиболее эффективны при условии сохранения сосредоточенности внимания.

Второй этап применения аутогенной тренировки представляет собой программирование психического состояния в будущих тревожных либо конфликтных жизненных ситуациях. В методике И. Шульца упражнения второй,

или «высшей»), ступени направлены на формирование способности ярко представлять свой образ в конкретной психотравмирующей ситуации на фоне релаксационных тактильно-кинестетических ощущений. Некоторые исследователи, например В.С. Лобзин и М.М. Решетников [13], связывают действие аутогенной тренировки с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга.

Достаточно интересным способом реализации психофизической саморегуляции является использование комплексов идеомоторных упражнений. Поскольку любое мысленное движение сопровождается соответствующими микродвижениями мышц, существует возможность совершенствования навыков выполнения отдельных двигательных действий без их реального выполнения. Идеомоторная тренировка, по своей сути, представляет собой мысленное проигрывание предстоящей физической активности. Идеомоторная тренировка требует от занимающегося достаточно серьезного и внимательного отношения, а также высокой концентрации, что в конечном итоге не только позволяет совершенствовать двигательные навыки, но и дает возможность повысить уровень координации [3].

В начале идеомоторной тренировки необходимо расслабить мышцы, использовать диафрагмальное дыхание и погрузиться в спокойное состояние. В рамках этого при подборе комплекса упражнений для психофизической саморегуляции целесообразно совмещать идеомоторную тренировку с аутогенной тренировкой, а также с упражнениями на релаксацию [9].

Идеомоторная тренировка позволяет снизить воздействие фактора новизны, что даст возможность быстро овладеть новыми навыками, сформировать образ предстоящих двигательных действий и повысить уровень психологической готовности.

Достаточно эффективным является метод сенсорной репродукции образов. Этот метод заключается в расслаблении мышц и снижении эмоциональной напряженности психических состояний с помощью представления образов целостных ситуаций и предметов, ассоциирующихся с отдыхом и покоем. Сенсорная репродукция образов применима и в комплексе с другими упражнениями на психофизическую регуляцию, и как самостоятельная методика. С этим методом сходна и техника визуализации – представления спокойных ситуаций, в которых человеку ранее было комфортно. На уровне физиологии не является важным, что именно представляет человек в рамках применения метода сенсорной репродукции. В рамках самого процесса представления кар-

тин и ситуаций, вызывающих позитивные эмоции, человек направляет свою мыслительную активность на воссоздание образов, что способствует усилению мыслительной активности, концентрации внимания (поскольку требуется целенаправленно воссоздать конкретный заданный образ) [10].

Особую актуальность исследование психофизической саморегуляции сегодня приобретает в контексте исследования природы и диагностики психосоматических расстройств. На определенном этапе формирования психосоматической медицины возникло представление о специфических психосоматических расстройствах и начала развиваться соответствующая система диагностики.

К числу психосоматических расстройств были отнесены расстройства, называемые «святой семеркой» – это астма, язвенный колит, язва желудка, эссенциальная гипертензия, нейродермит, гипертиреоз, аллергические реакции, ревматоидный полиартрит [7, 9].

Признано, что существенное (а в ряде случаев решающее) влияние на их развитие могут оказывать именно психические факторы. Психосоматические нарушения начали комплексно диагностировать, а результаты подвергать статистической обработке.

При оценке клинической картины психосоматических расстройств с середины XX в. просматривалась связь с вегетативной и вестибулярной патологиями, в частности об этом можно судить по симптомам в виде головокружения, побледнения кожных покровов или дурноты, которые указывают на вовлечение в психосоматику вегетативной нервной системы (ВНС). Прослеживается также обратная связь – развитие перечисленных симптомов, характеризующих вовлечение ВНС, ведет к нарушению ее работы, причем и сегментарного, и надсегментарного отделов. Нарушения работы ВНС при альгодисменореи часто вызывают и вестибулярные проявления, например в виде вестибулярно-вегетативных кризов или рефлекторных обмороков. На практике при терапии психосоматических расстройств эта взаимосвязь вегетативной и вестибулярной дисфункций при психосоматике имеет особое значение [1].

Частота встречаемости взаимосвязи вегетативной и вестибулярной дисфункции при психосоматике может быть обусловлена несколькими факторами. В первую очередь распространенностью собственно вегетативной патологии среди населения. В частности, по итогам эпидемиологических исследований приблизительно 40–80 % людей страдают вегетативными расстрой-

ствами разной степени тяжести, которые клинически проявляются как вегетативная дисфункция [6].

По данным эпидемиологов, около 60 % детей и подростков страдают психосоматическими нарушениями разной степени, проявляющимися клинически как вегетативная дисфункция. Следует отметить, что вегетативная нервная система принимает участие в адаптации и патогенезе многих соматических расстройств и оценка ее состояния и работы в связи с этим играет значимую роль в терапии многих психосоматических патологий [8]. Именно сознательное опосредованное влияние на вегетативную нервную систему является одной из главных точек приложения психофизической саморегуляции. Это дает большие перспективы изучения ее положительного влияния при психосоматических расстройствах.

Многие научные исследования дают теоретическое обоснование применения элементов психофизической саморегуляции в психотерапии с целью коррекции психосоматических расстройств

Новые перспективы для теоретического и практического развития психофизической саморегуляции дает концепция «схемы тела», предложенная П. Шильдером [7].

Понятие психологической «схемы тела» введено с целью описания представлений человека о физической сущности своего «Я», о собственном теле – особой телесно-психологической «карты». «Схема тела» в данной концепции не является незыблемой, статичной или пассивной. Напротив, «схема тела» динамична и весьма субъективна, так как формируется человеком в ходе активной мыслительной деятельности.

Схема тела, по П. Шильдеру, конструируется самим человеком из отдельных фрагментов, в качестве которых выступают проявления телесного осознания себя в разных жизненных ситуациях. Пересечение представлений о своем внутреннем мире (своем собственном теле) и о внешнем мире (конкретных жизненных ситуациях) создает «ключ», которым мысленные представления о внешних событиях оживляют «память тела» (в современной терминологии – паттерны эмоционального реагирования) [8].

Например, «ключом сердца» может быть представление угрожающей ситуации, «ключом желудочно-кишечного тракта» – представление о несвежей, недоброкачественной пище. Отсюда возникают произвольные, стереотипные представления о негативных фактах и ситуациях (навязчивые мысли, страхи), которые с помощью разных «ключей» негативно воздействуют на

разные органы, повреждая их. То есть причиной психосоматических нарушений, по данной теории, могут быть ошибки в телесно-психологической «карте». При этом изменчивость, гибкость «схемы тела» дает возможность переделки этой схемы, ее исправления (это нашло отражение в психокоррекционном приеме Фельденкрайза) [7].

В современной нейропсихологии схема тела представляется как сложная, иерархически организованная система, включающая пространственно-временное восприятие, психологическую «линию времени» (восприятие времени и своего возраста), а также познавательные (когнитивные) процессы, главным образом стратегию мышления и когнитивный стиль человеческой личности, актуализирующийся в ходе соприкосновения телесного и внешнего пространства.

Работа со схемой тела, по П. Шильдеру, выступает важным элементом психокоррекции особого типа – телесно-ориентированной [8]. Целенаправленная и планомерная работа психоаналитика со схемой тела, наблюдение ощущений тела и осознание различных его частей во взаимосвязи, согласно концепции схемы тела, позволяют исправить несоответствия физиологического и психологического уровней телесности, представляемого телесного образа и в конечном итоге скорректировать психоэмоциональное расстройство.

Помимо нейрофизиологического уровня (проекции тела), в создании схемы тела принимает участие и психологический уровень. На нейрофизиологическую схему телесного образа наслаивается набор основных телесных ощущений, которые связаны напрямую со стереотипами эмоций. Эта проекция «Я-образа» тела, именуемая также «интернальное тело», открывает возможность управления психикой через воздействие на тело [9]. Этим собственно и занимается психофизическая саморегуляция.

Со схемой тела нейрофизиологически связаны первичные (проекционные) зоны коры головного мозга (прецентральная извилина лобной доли и постцентральная извилина теменной доли) и вторичные зоны, выполняющие интегративные функции (нижняя теменная извилина).

В современном представлении схема тела возникает на основе функционального объединения разных отделов мозга, которые отвечают как за сенсорно-дискриминационные процессы, так и за когнитивно-оценочные, мотивационные и эмоциональные. Такая структура, описываемая понятием

«нейроматрицы», объединяет само тело, эмоции, разум и является объектом приложения методов психофизической саморегуляции.

Основной целью психофизической саморегуляции является управление эмоциями в сложных ситуациях. Приемы релаксации и самовнушения позитивных и конструктивных установок в ситуациях психического стресса позволяют не подавлять негативные эмоции, а трансформировать энергию эмоционального напряжения в позитивное русло.

В работах Ф.М. Александра [1], созданных в 40–60-е гг. прошлого века, показана роль, которую играют переживания травмирующей ситуации, негативные эмоции в развитии психосоматических расстройств. При этом был сделан вывод о том, что к развитию специфических психосоматических расстройств приводят как собственно негативные эмоции, так и процесс их подавления (оказывающий большее влияние).

Спектр вытесняемых эмоций индивидуален, его специфичность детерминируется личностными особенностями человека. Ф.М. Александром [1] была обнаружена психосоматическая специфичность различных эмоций. Он установил, что вызываемые психосоматические нарушения проявляются в тех системах организма, к которым переживаемые эмоции имеют «родство». Например, подавляемое постоянно чувство гнева приводит к формированию сердечно-сосудистых расстройств, ощущение зависимости – к язвенной болезни, подавляемые сексуальные желания – к бронхиальной астме [1].

Ф.М. Александром [1] было показано, что специфичность психосоматических нарушений напрямую обусловлена психологической специфичностью – индивидуальным стереотипом реагирования человека, его собственного «набора эмоций» и с психофизиологической специфичностью – избирательностью воздействия подавляемых эмоций на определенный орган или систему организма. Повреждающее воздействие вытесняемых эмоций связано с тем, что эти эмоции связаны с «вегетативным сопровождением» (деятельностью мозга в процессе переживания) эмоций [1].

Для объяснения механизмов возникновения психосоматических расстройств с точки зрения физиологии Ф.М. Александром [1] были использованы разработанные У. Кэнноном и Э. Гелльгорном представления о функциях нервной системы, контролирующей деятельность организма, – в частности о нарушении тонуса нервной системы, отдельно для симпатического и парасимпатического отдела.

По мнению Ф.М. Александера [1], эмоционально-опосредованное повышение симпатического тонуса лежит в основе появления гипертонической болезни, болезни эндокринных органов (диабет, гипертиреоз, артрит). Сходной точки зрения на процесс формирования болезней суставов придерживался также и В. Райх [8].

Повышение парасимпатического тонуса, по мнению Александера, является причиной язвенной болезни и бронхиальной астмы. Подобные длительные расстройства, вызванные вегетативным сопровождением негативных эмоций, не имеющих разрядки, названы Александром «вегетативным неврозом» [1].

Возникновение различных психосоматических расстройств, по Ф.М. Александеру [1], объясняется, таким образом, взаимодействием трех основных факторов – психологических, социальных, физиологических. В качестве психологических факторов им названы специфические личностные особенности, внутренние конфликты, определяющие набор негативных эмоций в эмоциональных ситуациях. Физиологический фактор определяет «слабое звено» в организме, на которое воздействуют эти негативные эмоции, – это повышенная уязвимость конкретных органов. Социальный фактор играет роль «пускового момента», обуславливая неблагоприятные воздействия жизненной среды [8, 10]. Работы Ф.М. Александера [1] актуальны и в настоящее время, в частности тот факт, что психосоматические расстройства вызваны комплексом факторов, сегодня не оспаривается. В рамках этого возникает новое направление в области исследования психофизической саморегуляции – направление в области предупреждения и коррекции психосоматических расстройств.

Психофизическая саморегуляция применительно к лечению психосоматических расстройств позволяет через различного рода релаксационные упражнения оказывать воздействие на центральную и периферическую нервные системы – за счет расслабления мышц и нормализации дыхания. В свою очередь, нормализация работы нервной системы благоприятно сказывается на функционировании органов и систем, что способствует лечению психосоматических расстройств. Многие авторские методики психофизической саморегуляции направлены на обучение управления эмоциями и самовнушение позитивных установок. Это позволяет опосредованно снизить или нивелировать негативное влияние социальных и психологических факторов, провоцирующих психосоматические расстройства.

Сегодня можно выявить такое важное прикладное направление исследований психофизической саморегуляции, как разработка авторских методик саморегуляции. Это позволяет прогнозировать формирование в ближайшие годы новых средств и приемов саморегуляции. На современном этапе исследуются существующие авторские методики психофизической саморегуляции различного рода.

Достаточно известной и оригинальной является методика М.С. Шойфета [7], который в рамках психофизической саморегуляции использует методы гипноза. Согласно методике М.С. Шойфета, каждый человек имеет возможность осуществлять самовнушение – внушение себе ряда необходимых в конкретной ситуации эмоций, тем самым воздействуя на свое физическое состояние [7].

Используя программирование психических состояний, Хасай Алиев создал систему Ключа [2]. Метод Ключ отличается от мировых аналогов легкостью освоения при обучении, если не подходит один прием, подбирают другой и эффективностью в экстремальных условиях (помогает в сложных ситуациях сохранять ясность головы и действовать уверенно), снимает нервные зажимы, повышает устойчивость к стрессу и др. [2]. Также его можно использовать в различных обучающих системах (спорт, боевые искусства и др.) Ключ – минимальное действие, вызывающее гармонизацию психических и физиологических процессов.

Наиболее доступным действием, вызывающим такое межуровневое согласование, является, например, управляемое идеомоторное движение [3].

Достаточно часто применяется сегодня методика психофизической саморегуляции, созданная А.В. Алексеевым [3] и названная им «психорегулирующей тренировкой», которая от аутогенной тренировки отличается тем, что в ней не используется внушение как таковое, что предусмотрено в методике М.С. Шойфета, и существует не только успокаивающая часть (упражнения), но и активизирующая. В методику А.В. Алексеева [3] включены некоторые элементы из представленных ранее методик Э. Джекобсона и Л. Персиваля – методик аутогенных тренировок. Психологической основой методики А.В. Алексеева [3] является бесстрастная концентрация внимания на конкретных образах и ощущениях, которые вызывают необходимые эмоции для конкретной жизненной ситуации.

Рыбников В.Ю. [19], разрабатывая проблемы прогнозирования области надежности профессиональной деятельности специалистов экстремального

профиля и коррекции у них дезадаптивных нервно-психических состояний обосновал методику программируемой психологической саморегуляции, сущность которой основывается на составлении так называемых индивидуальных «формул внушения» и многократном их повторении, т. е. произвольной саморегуляции.

**Метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии,
метод духовно ориентированной психотерапии патологических
зависимостей, их психофизиологическая феноменология
и методика проведения**

Метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии и сформировавшийся на его основе метод духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей, разработанный доктором медицинских наук профессором Григорием Игоревичем Григорьевым, содержат элементы психофизической саморегуляции [4]. Этот метод и применяющиеся в нем приемы психофизической саморегуляции мы наиболее детально изучили и успешно применяли при лечении наших пациентов. В основе психофизической саморегуляции, которой профессор Г.И. Григорьев обучает своих пациентов, лежит концепция психологического «ключа» эмоциональной памяти (система «манков» К.С. Станиславского) [4].

По методу Г.И. Григорьева [4], пациент, используя метод психофизической саморегуляции, изначально воздействует именно на свою нервную систему – через принятие окружающего мира и примирение с ним, что способствует снижению негативного влияния различных факторов.

Одно групповое занятие длится около трех часов. Начинается сеанс с терапевтической беседы. В ней психотерапевт затрагивает многие медицинские вопросы. Медицинская часть беседы содержит понятие о резервных возможностях человека и включении их в момент психического стресса. То есть врач говорит об огромном положительном значении преодоления трудностей в жизни человека при правильном психологическом настрое. Многие пациенты не знают о возможном позитивном влиянии на организм стрессов, трудностей, перегрузок, которые включают резервные возможности человека и способствуют выработке эндорфинов, эндогенных опиатов и других гормонов, оказывающих положительное воздействие на активность организма и эмоциональный фон. И такая информация далека от того, что волнует при-

шедших на лечебный сеанс. Чтобы заинтересовать пациентов, убедить их, вдохновить на правильное преодоление трудностей и стрессов через активацию скрытых ресурсов организма нужно владеть практикой и теорией убеждения. Во время проведения психотерапевтической беседы ведущий объясняет пациентам, что мы должны сами создавать и культивировать позитивные мысли, ведь они определяют нашу жизнь [4].

Беседа врача строится в традициях рациональной психотерапии. Терапевтическая беседа как лечебный метод представляет собой разъяснение и убеждение, т. е. воздействие на сознание личности через обращение к ее собственному критическому суждению. В результате слушатель путем сравнения и логического упорядочения информации приходит к новым для себя выводам путем свободного волеизъявления [4].

Формирование доверия к врачу и вера в эффективность метода через объяснения и убеждения часто трактуются как внушение, что в корне неверно, так как в данном случае слово ведущего не подавляет волю пациента, а напротив, пробуждает, укрепляет и активизирует ее. Врач пытается пробудить больного. Слушание слова психолога – фаза активного состояния, внимательного и критического. При этом психотерапевт воспринимается не столько как искусленный и всезнающий целитель, сколько как умудренный большим жизненным опытом высокоавторитетный друг и помощник [4].

На сеансах психотерапии создается очень радостная светлая атмосфера, накал положительных эмоций за счет заражения позитивными эмоциями от психотерапевта, бессознательной идентификации и подражания. Также это можно объяснить, исходя из определения эмоций как субъективного оценочного отношения к существующим или возможным ситуациям, субъективным увеличением вероятности удовлетворения потребностей и изменения жизненной ситуации у пациентов, поверивших в действенность методики и отчасти научившихся преодолевать стрессовые ситуации и добиваться поставленных внутренних и внешних целей. Вместе с тем психотерапия радостью, положительными эмоциями является действенным средством перевоспитания, психокоррекции личности. По гипотезе формирования личности через пережитые психические состояния Н.Д. Левитова [12], повторно пережитое, ранее не типичное для личности (в данном случае эмоционально-радостное) психическое состояние способно изменить личность. Это происходит потому, что личность по Н.Д. Левитову [12] характеризуется не только системой отношений, но и набором типичных психических состояний.

Г.И. Григорьев [4] пишет: «Как эффективный дополнительный психотерапевтический метод, закрепляющий воздействие стрессопсихотерапии на этапе реабилитации больных после лечения по методу Довженко, мы использовали психофизическую саморегуляцию с элементами дыхательной гимнастики (дозированные задержки дыхания на выдохе) по методу Бутейко и мышечную релаксацию по Джекобсону. При этом задержки дыхания создавали благоприятный фон для мышечной релаксации, что способствовало наиболее полной мысленной концентрации во время проведения группового занятия аутогенной тренировки для формирования “ключа” психофизической саморегуляции. Конечной целью этих занятий являлось на основе психотехники, близкой к тренингу эмоциональности актеров – “система манков”, в течение нескольких занятий продолжительностью по 2–3 часа сформировать способность сознательного, произвольного “выманивания” ярких положительных воспоминаний и эмоций в эмоционально-стрессовых конфликтных ситуациях и при психосоматических кризах.

“Манок” – это специальный свисток, которым охотник подманивает дичь, с его помощью обучали актеров вызывать те или иные психоэмоциональные состояния путем ярких личностно-значимых воспоминаний и переживаний). Это и была основа “ключа” саморегуляции эмоционального состояния. “Ключ” – это мысленный мгновенный крик человека о помощи. С помощью данного самовнушения алкоголики, находящиеся в ремиссии, и их родственники зачастую адаптировались к социогенному и соматическому дискомфорту, не прибегая к помощи спиртных напитков и медикаментов» [4].

Последний период психофизической саморегуляции сопровождается нарочито замедленным успокоением. После терапевтической беседы начинается сеанс расслабления. Под руководством врача пациенты выполняют упражнения дыхательной гимнастики, завершающим этапом которых является задержка дыхания до одной минуты. Затем проходит нервно-мышечная релаксация по Джекобсону. Психотерапевт произносит спокойным голосом фразы, соответствующие упражнениям аутогенной тренировки. Вот фрагмент фраз, произносимых врачом во время сеанса релаксации: «Восстанавливается ваша центральная нервная система. Сердце работает ровно, ритмично, автоматически... Все органы и системы органов включились в режим самовосстановления...». Впоследствии пациенты могут произносить эти формулы самостоятельно [4].

Когда пациенты входят в состояние релаксации, идет групповое занятие аутогенной тренировкой с элементами сенсорной репродукции образов для формирования «ключа» психофизической саморегуляции. Сенсорная репродукция образов заключается в том, что пациент вызывает у себя самые светлые, самые положительные воспоминания. Впоследствии в момент стресса пациент, произнося определенную словесную формулу, вызывает у себя в эмоциональной памяти образ состояния, достигнутого на аутогенной тренировке и сеансе расслабления, и произносит любые формулы, направленные на позитивное самовнушение. Например: «Я спокоен и уверен в своих знаниях. Я смогу успешно сдать этот экзамен» [4].

В момент самой глубокой релаксации формула, близкая к словесной формуле аутогенной тренировки, подается гетерогенно проникновенным голосом психотерапевта, закрепляется, переходит в стереотип, интериоризуется, становится «ключом» для личного пользования. Причем уже в самой формуле «ключа» заложена программа «выманивания» своего эмоционального состояния, бывшего на сеансе: «Всякий раз, стоит вам досчитать до пяти и представить, что вы находитесь на сеансе, вы войдете в состояние, в котором находитесь сейчас. В этом состоянии будут немедленно реализовываться любые самовнушения, направленные только на вашу саморегуляцию, независимо от времени, места и положения вашего тела». Сама формула «ключа» повторяется дважды для закрепления. Затем занимающиеся постепенно выходят из состояния расслабления [4].

Прохождение психотерапии по методу Григорьева Г.И. [4] с элементами психофизической саморегуляции способствует улучшению настроения, увеличению стрессоустойчивости, снижению уровня депрессии и тревожности.

Заключение

Современные концепции психофизической саморегуляции, ее основные методы, техники и приемы базируются на физиологических механизмах произвольной и непроизвольной саморегуляции, различных типов физиологических реакций, психических состояний и психофизиологических ресурсов личности. Существующие системы методов и приемов психофизической саморегуляции включают в себя комплексы разнообразных психофизических упражнений, позволяющих регулировать самостоятельно собственное функциональное состояние.

Механизмы психофизической саморегуляции и состояний сознания, обуславливающих ее, активно исследуются в теоретическом плане – в психофизиологии, нейрофизиологии, психоэндокринологии, а в прикладном аспекте – в медицине (психотерапии) и психологии (спорте, экстремальной психокоррекционной работе).

Активно проводится разработка авторских программ и техник психофизической саморегуляции. Один из них – метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии и сформировавшийся на его основе метод духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей, феноменология которого базируется на концепции психологического «ключа» эмоциональной памяти (система «манков» К.С. Станиславского).

Различные приемы и техники психофизической саморегуляции активно используются психотерапевтами, психологами и специалистами для коррекции функционального состояния человека, в стрессовых состояниях, а также при лечении патологических зависимостей. Их применение способствует улучшению самочувствия, настроения, увеличению стрессоустойчивости и общей продуктивности деятельности, снижению уровня депрессии и тревожности.

Литература

1. Александер Ф.М., Боковиков А. Психосоматическая медицина. – М. : Ин-т общегуманитарных исследований, 2009. – 320 с.
2. Алиев Х. М. Ключ к себе. – М. : Молодая гвардия, 1990. – 223 с.
3. Алексеев А.В. Психорегулирующая тренировка. – СПб. : ВНИИФК, 1969. – 30 с.
4. Григорьев Г.И. Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей. – СПб. : СПбМАПО – МИРВЧ, 2007. – 263 с.
5. Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследование образа физического я: Некоторые результаты и размышления. – М. : Наука, 2013. – 289 с.
6. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб., 2014. – 123 с.
7. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л. : Просвещение, 1982. – 259 с.
8. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – Л. : Медицина, 1980. – 325 с.
9. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983. – 195 с.

10. Кононова Л.И. Социальная работа в учреждениях социальной защиты населения: сущность и приоритеты. Ч. 2. Окончание // Вестник Учебно-методического объединения вузов России по образованию в области социальной работы. – 2014. – № 2. – С. 61–69.
11. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. – М. : Академия, 2012. – 210 с.
12. Левитов Н.Д. О психических состояниях. – М. : Просвещение, 1964. – 344с.
13. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка. – Л. : Медицина, 1986. – 279 с.
14. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. – М., 1977. – 411 с.
15. Матвеев А.А. Репрезентация эмоций у больных нервной булимией. – М. : МГУ, 2013. – 316 с.
16. Медведев В.Э. Головная боль как междисциплинарная проблема. – М. : Аст. – 198 с.
17. Медведев В.Э. Нейроциркуляторная дистония и кардионевроз: сотрудничество и единый подход разных специалистов. – М. : МГУ, 2014. – 612 с.
18. Медведев В.Э. Депрессивные фазы с осенне-зимним сезонным ритмом (клиника и терапия). – М. : Медицина, 2015. – 345 с.
19. Рыбников В.Ю. Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля и коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний специалистов экстремального профиля: монография. – СПб. : СПб университет МВД России, 2000. – 205 с.
20. Филимоненко Ю.И. Факторы успешности профилактики утомления с помощью психофизической саморегуляции : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1982. – 26 с.
21. Шульц И.Г. Аутогенная тренировка = Ubungscheft fur das autogene Training / пер. с нем. Сергея Дземешкевича. – М : Медицина, 1985. – 32 с.

Поступила 14.05.2018

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

Для цитирования. Кузнецова Д.В., Мильчакова В.А. Проблема психофизической саморегуляции: современные концепции и их физиологические механизмы // Вестн. психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 66–91.

**THE PROBLEM OF PSYCHOPHYSICAL SELF-REGULATION: MODERN CONCEPTS
AND THEIR PHYSIOLOGICAL MECHANISMS**

Kuznetsova D.V.¹, Milchakova V.A.²

¹ Russian Christian Academy of Humanities
(Fontanka emb., 15, Saint-Petersburg, Russia)

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

✉ Daria Vladimirovna Kuznetsova – undergraduate of Department of psychology, Russian Christian Academy of Humanities, doctor of general practice (Fontanka emb., 15, St. Petersburg, 191023, Russia), e-mail: dashabogomolova@yandex.ru;

Valentina Aleksandrovna Milchakova – Cand. Psychol. Sci., Associate Professor, Associate Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, clinical psychologist, International Institute of Human Reserve Opportunities (Kirochnaya Str., 41, St. Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru.

Abstract. The article presents the current concepts of psychophysical self-regulation, its main methods, techniques and physiological mechanisms on which they are based. The bases of arbitrary and involuntary psychophysical self-regulation are analyzed, in particular, the expediency of self-regulation techniques selection on the basis of physiological reactions.

Keywords: psychophysical self-regulation, mental programming, neuromuscular relaxation, autogenous training, ideomotor training, sensory reproduction of images, self-action, self-correction.

References

1. Aleksander F.M., Bokovikov A. Psixosomaticheskaya medicina [Psychosomatic medicine]. – Moskva. 2009. 320 p. (In Russ.)
2. Aliev X. M. Klyuch k sebe [Key to yourself]. Moskva. 1990. 223 p.
3. Alekseev A.V. Psixoreguliruyushhaya trenirovka [Psikhologiya training]. Sankt-Peterburg. 1969. 30 p. (In Russ.)
4. Grigor'ev G.I. Stanovlenie i organizaciya duxovno orientirovannoj psixoterapii patologicheskix zavisimostej [The formation and organization of spiritually oriented psychotherapy of pathological dependencies]. Sankt-Peterburg. 2007. 263 p. (In Russ.)
5. Dorozhevez A.N., Sokolova E.T. Issledovanie obraza fizicheskogo ya: Nekotorye rezul'taty i razmy'shleniya [Study of the image of the physical I: Some results and reflections]. Moskva. 2013. 289 p. (In Russ.)

6. Isaev D.N. Psixosomaticheskaya medicina detskogo vozrasta [Psychosomatic medicine of children's age]. Sankt-Peterburg. 2014. 123 p. (In Russ.)

7. Karvasarskij B.D. Medicinskaya psixologiya [Medical psychology]. Leningrad. 1982. 259 p. (In Russ.)

8. Kvasenko A.V., Zubarev Yu.G. Psixologiya bol'nogo [Psychology of the patient]. Leningrad. 1980. 325 p. (In Russ.)

9. Konechnyj R., Bouxal M. Psixologiya v medicine [Psychology in medicine]. Praga. 1983. 195 p. (In Russ.)

10. Kononova L.I. Social'naya rabota v uchrezhdeniyax social'noj zashhity nase-leniya: sushhnost' i priority. Ch.2. Okonchanie [Social work in institutions of social protection of the population: essence and priorities]. Vestnik Uchebno-metodicheskogo ob'edineniya vuzov Rossii po obrazovaniyu v oblasti social'noj raboty [*Bulletin of Educational and methodical Association of Russian universities for education in the field of social work*]. 2014. № 2. P. 61–69. (In Russ.)

11. Lebedinskij V.V. Narusheniya psixicheskogo razvitiya v detskom vozras-te [Disorders of psychological development in childhood]. Moskva. 2012. 210 p. (In Russ.)

12. Levitov N.D. O psixicheskix sostoyaniyax [About the mental conditions]. Moskva. 1964. 344 p. (In Russ.)

13. Lobzin V.S., Reshetnikov M.M. Autogennaya trenirovka [Autogenic training]. Leningrad. 1986. 279 p. (In Russ.)

14. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya [Internal picture of disease and iatrogenic diseases]. Moskva. 1977. 411 p. (In Russ.)

15. Matveev A.A. Reprezentatsiya ehmozij u bol'nyx nervnoj bulimiej [Representation of emotions in patients with nervous bulimia]. Moskva. 2013. 316 p. (In Russ.)

16. Medvedev V.Eh. Golovnaya bol' kak mezhdisciplinarnaya problema [Head-ache as an interdisciplinary problem]. Moskva. 198 p. (In Russ.)

17. Medvedev V.Eh. Nejrocirkulyatornaya distoniya i kardionevroz: sotrud-nichestvo i edinyj podxod raznyx specialistov [Neurocirculatory dystonia and cardioneu-rosis: cooperation and common approach of different specialists]. Moskva. 2014. 612 p. (In Russ.)

18. Medvedev V.Eh. Depressivnye fazy s osenne-zimnim sezonnyim ritmom (klinika i terapiya) [Depressive phases with autumn-winter seasonal rhythm (clinic and therapy)]. Moskva. 2015. 345 p. (In Russ.)

19. Rybnikov V.Yu. Psixologicheskoe prognozirovanie nadezhnosti deya-tel'nosti specialistov ehkstre-mal'nogo profilya i korrekciya dezadaptivnyx nervno-psixicheskix sostoyanij specialistov ehkstre-mal'nogo profilya [Psychological reliability prediction of activity of specialists of extreme profile and correction of non-adaptive neuro-mental state of the specialists extreme profile]. – Sankt-Peterburg. 2000. 205 p. (In Russ.)

20. Filimonenko Yu.I. Faktory uspehnosti profilaktiki utomleniya s pomoshh'yu psixofizicheskoj samoregulyacii [Factors of success of fatigue prevention with the help of psychophysical self-regulation]: abstract [abstract of dissertation]. – Leningrad. 1982. 26 p. (In Russ.)

21. Shul'cz I.G. Autogennaya trenirovka = Ubungsheft fur das autogene Training [Autogenic training]. Moskva. 1985. 32 p. (In Russ.)

Received 14.05.2018

For citing. Kuznetsova D.V., Mil'chakova V.A. Problema psikhofizicheskoy samoregulyatsii: sovremennye kontseptsii i ikh fiziologicheskie mekhanizmy. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 67 (72). P. 66–91. **(In Russ.)**

Kuznetsova D.V., Milchakova V.A. The problem of psychophysical self-regulation: modern concepts and their physiological mechanisms. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 67. Pp. 66–91.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ВОСПИТАННИКОВ СУВОРОВСКОГО ВОЕННОГО УЧИЛИЩА

Екатеринбургское суворовское военное училище
(Россия, Екатеринбург, Первомайская ул., д. 88)

Раскрывается содержание понятия социально-психологическая адаптация личности, описываются особенности социально-психологической адаптации воспитанников к условиям довузовского образовательного учреждения МО РФ. Эмпирическим путем исследуются предикторы социально-психологической адаптации воспитанников первого курса обучения суворовского военного училища (СВУ). Выделенные предикторы выступили как целевые направления изменения акцентов в содержании психолого-педагогического сопровождения подростков на начальном этапе обучения в СВУ. Разработана и апробирована программа развития социально-психологической адаптации, направленная на развитие и совершенствование внутрличностных свойств подростков.

Результаты исследования могут быть использованы при разработке комплексных программ адаптации младших подростков к обучению в довузовских образовательных организациях Минобороны России.

Ключевые слова: адаптация, дезадаптация, социально-психологическая адаптация, предикторы социально-психологической адаптации, психологические предикторы.

Введение

Военная реформа в нашей стране и «Стратегия национальной безопасности РФ до 2020 года» являются необходимостью, требованием времени и обусловлены рядом объективных причин. Одной из основных является появление качественно новых образцов вооружения и военной техники, что соответственно рождает запрос в высококвалифицированных кадрах и привело к реорганизации всей системы военного образования. Коренным образом изменился подход к образованию офицеров Российской армии, способных самостоятельно применять современное боевое оружие и технику. В этой связи

Иванова Мария Владимировна – педагог-психолог Екатеринбургского суворовского военного училища (Россия, 620026, Екатеринбург, Первомайская ул., д. 88), e-mail: serebrikova@mail.ru.

одним из важнейших направлений реформирования ВС РФ является развитие системы поэтапного непрерывного военного образования, с установкой на обеспечение преемственности довузовского (допрофессионального) военного образования и высшего военного образования. Эта идея четко высказывается на уровне Управления военного образования Минобороны РФ в следующей интерпретации: «развитие системы довузовской подготовки является важным резервом повышения качества подготовки офицеров».

Ввиду этого сегодня в нашей стране активно происходит развитие системы довузовских образовательных организаций Минобороны России, которая представлена в нашей стране суворовскими военными училищами (СВУ) и кадетскими корпусами, выступающими в роли начального звена непрерывной и поэтапной профессиональной подготовки будущих высококвалифицированных офицеров ВС РФ. В настоящее время в России существуют 11 суворовских военных училищ (СВУ) МО РФ. Согласно Директиве министра обороны Российской Федерации от 21 апреля 2008 г. № Д-30, в суворовских военных и нахимовском военно-морском училищах Министерства обороны РФ установлен 7-летний срок обучения, начиная с 5 класса. Кандидаты на поступление – лица мужского пола в возрасте 10-11 лет.

При поступлении в суворовское училище у подростков коренным образом изменяется круг и характер общения. Жизнедеятельность происходит в новом однополном коллективе и строго организованных условиях закрытого воспитательного учреждения, пронизанных соблюдением законов воинской жизни – общевоинских уставов Вооруженных Сил РФ. Помимо этого, начало обучения в СВУ совпадает с началом подросткового возраста, который по мнению многих ученых в воспитательном отношении считается наиболее трудным [1, 6, 10].

В этой связи одной из главных задач для поступивших в СВУ является адаптация к новым условиям и образу жизни. Поэтому основным теоретическим конструктом исследования выступает понятие адаптации, причем в социально-психологическом аспекте. Всякий раз феномен адаптации личности возникает при актуализации и необходимости принятия каких-либо новых условий действительности или притятия индивидом себя в ситуации новых условий жизни [11]. В наиболее общем понимании социально-психологическая адаптация – это приспособление личности к меняющимся социальным условиям совместно с возможностью непрерывного осуществления основных психосоциальных функций, таких как: адекватно воспринимать окружающую

действительность, обучаться, выполнять трудовые функции, контактировать с окружающим социумом, активно и быстро перестраивать свое поведение [3].

Под социально-психологической адаптацией подростка к условиям закрытого военного учебного заведения мы понимаем процесс взаимодействия личности младшего подростка и образовательной среды военного учреждения, в результате чего устанавливается оптимальное соответствие, с одной стороны, возможностей, склонностей, интересов, знаний, умений и навыков подростка, с другой стороны, условий системы закрытого образовательного военного заведения.

Социально-психологическая адаптация выступает предиктором полноценности личности, ее эмоционального комфорта и стабильности, положения в окружающем социуме и стабильности внутренней психологической составляющей. Важную роль в адаптационном процессе играют индивидуально-психологические особенности и осознанная психическая активность личности. Уровень социально-психологической адаптации тесно связан с психологическими характеристиками личности и особенностями ее поведения. Вместе с этим, в научных исследованиях личностные психологические характеристики изучаются как самостоятельные предикторы социально-психологической адаптации [4].

Психологические предикторы – это независимые психологические показатели, факторы, выступающие инструментом прогноза психологического развития и изменения внутриличностных свойств. В нашем исследовании предикторами вступают такие независимые переменные, изменения которых в ходе нашего эксперимента привели к изменениям других зависимых переменных (откликов).

Изучение личностных предикторов социально-психологической адаптации воспитанников первого курса обучения СВУ имеет бесспорное научно-практическое значение, поскольку позволяет не только определить ряд предикторов, которые участвуют в формировании психологического феномена, но и оценить вклад этих предикторов в прогнозируемый результат адаптации. Выявление функциональных связей и детерминант между предикторами социально-психологической адаптации позволит учитывать в процессе адаптации психологические барьеры и трудности, а также достичь конкретности в системе психолого-педагогического сопровождения адаптации воспитанников к условиям СВУ [5].

На сегодняшний день имеющиеся психолого-педагогические исследования в области предикторов социально-психологической адаптации воспитанников к условиям СВУ недостаточны и нуждаются в дополнительных научных изысканиях и проработке.

Цель исследования – изучение предикторов социально-психологической адаптации воспитанников СВУ и разработка программы психологического сопровождения.

Материал и методы

Было проведено исследование с целью выявления предикторов успешной социально-психологической адаптации на начальном этапе обучения подростков в СВУ и определения «мишеней» (направлений) коррекционного воздействия, которые послужат основой для программы социально-психологической адаптации воспитанников к условиям СВУ.

Исследование предикторов социально-психологической адаптации на начальном этапе обучения в СВУ было проведено на базе Федерального государственного казенного общеобразовательного учреждения «Екатеринбургское суворовское военное училище» Министерства обороны РФ. В качестве измерительного материала были использованы: методика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда (СПА), многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла (CPQ), метод экспертных оценок – опросник Ахенбаха (версия ЕГ – 1-2).

Опросник социально-психологической адаптации (СПА), разработан Карлом Роджерсом и Розалин Даймонд (Carl R. Rogers, Rosalind F. Dymond) и адаптирован Т.В. Снегиревой. Данная методика позволяет выявить степень адаптированности–дезадаптированности личности к новым условиям социальной среды. Основаниями для адаптации и дезадаптации выступают разнообразные показатели, такие как: принятие и неприятие себя, эмоциональный комфорт и дискомфорт, уровень принятия и неприятия других, внутренний и внешний контроль, эскапизм, ведомость–доминирование. Многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла, использовался в версии CPQ – это детский 12-факторный личностный опросник Кеттелла 12PF / CPQ (в адаптации Э.М. Александровской и И.Н. Гильяшевой), состоящий из 120 вопросов. Данный опросник направлен на определение 12 факторов личности и позволяет дать оценку возрастным и половым особенностям младших подростков. Для исследования особенностей поведения, отклоняющегося от принятой социальной нормы, был использо-

ван метод экспертных оценок – опросник Ахенбаха (версия ЕГ – 1-2). В качестве экспертов выступили родители воспитанников, преподаватели и воспитатели Екатеринбургского СВУ, непосредственно включенные в социальное взаимодействие с подростками. В основе методики – наблюдение за нерегламентированным поведением суворовца с целью оценки проявлений поведения по 2 группам шкал: 1) первичные шкалы: Замкнутость (Witholnaul), Соматические проблемы (Somatization), Тревожность (Anxiety/depression), Нарушения социализации (Socialization), Проблемы мышления (Thought problems), Проблемы с вниманием (Attestion problems); Делинквентное поведение (Delinquency), Агрессия (Aggression); 2) производные шкалы (Second-order factors): Показатель внутренних проблем (Internalization); Показатель внешних проблем (Externalization).

Испытуемыми выступили подростки первого учебного курса ФГКОУ «Екатеринбургского СВУ» МО РФ в возрасте 10–11 лет. Общее количество 160 человек.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ STATISTICA 6.0 и MS Excel.

Результаты и их анализ

Проведенное исследование показало, что имеются перспективы множественного регрессионного анализа как метода построения прогноза, который позволил выделить наиболее значимые предикторы социально-психологической адаптации подростков к условия суворовского училища.

Результаты регрессионного анализа показали статистически значимые положительные связи между интегральным показателем «Адаптация» (по К. Роджерсу и Р. Даймонду) и показателями степени удовлетворенности личности своими характеристиками (шкала СПА «Приятие себя») – $r = 0,26$; $p \leq 0,01$, степени определенности в своём эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям (шкала СПА «Эмоциональный комфорт» – $r = 0,16$; $p \leq 0,05$, и степени предрасположенности к определенной форме локус-контроля (шкала СПА «Внутренний контроль» – $r = 0,16$; $p \leq 0,01$. Эта статистически значимая связь показывает степень согласованности требований социальной среды и личностных тенденций, определяет связь адаптированности личности с позитивным восприятием и признанием себя, приятием своих индивидуально-личностных особенностей, эмоционально-положительным отношением к новой ситуации жизне-

деятельности, к себе как личности, способной совершать самостоятельный выбор и которая верит в свои возможности, имеет адекватную самооценку.

В то же самое время выявлена статистически значимая отрицательная связь между интегральным показателем «Адаптация» (по К. Роджерсу и Р. Даймонду) и такими показателями СПА, как «Неприятие себя» – $r = -0,34$; $p \leq 0,01$, «Эмоциональный дискомфорт» – $r = -0,31$; $p \leq 0,01$, «Ведомость» – $r = -0,37$; $p \leq 0,01$ и «Эскапизм» – $r = -0,33$; $p \leq 0,01$. Это свидетельствует о том, что низкие показатели адаптации увеличивают уровень неприятия себя, показатели эмоционального дискомфорта, чувства ведомости и зависимости, а также тенденции ухода от проблем, возникающих в ходе образовательной деятельности, что в итоге приводит к дезадаптации. Вместе с тем, значимых корреляционных связей шкал СПА «Приятие других» и «Неприятие других», «Внешний контроль», «Доминирование» и «Лживость» с интегральным показателем «Адаптация» (по К. Роджерсу и Р. Даймонду) выявлено не было. На наш взгляд, это обусловлено тем, что основой адаптационных механизмов личности подростка к условиям СВУ в первую очередь являются индивидуально-психологические характеристики личности и особенности поведения, а не внешние объективные факторы. Полученные данные согласуются с исследованиями И.А. Погодина, в которых отмечается, что ведущим в структуре адаптации является психологический аспект, который опосредует характер и особенности протекания адаптации на других уровнях, при этом определяющая роль в оценке эффективности адаптации как системного процесса принадлежит собственно психологическим критериям [2].

Помимо взаимосвязей интегрального показателя «Адаптация» представляется необходимым охарактеризовать полученные значимые корреляционные связи других интегральных показателей СПА (по К. Роджерсу и Р. Даймонду) с отдельными личностными характеристиками и свойствами (по Р. Кеттелу (СРQ)) и поведенческими проявлениями (по Ахенбаху).

Выявлена статистически значимая положительная связь между интегральным показателем «Самоприятие» (по К. Роджерсу и Р. Даймонду) и показателем внешних проблем (по Ахенбаху) ($r = 16,50$, $p \leq 0,01$), что свидетельствует о том, что с ростом уровня приятия себя подростком возрастает степень одобрения себя, завышается самооценка. Завышенная самооценка приводит к преувеличению мнения о себе, о своих реальных способностях и возможностях, снижает умение контролировать свое поведение. Подросток начинает испытывать трудности в самоорганизации, что приводит к росту внешних проблем (по Ахенбаху),

отклоняющемуся поведению, конфликтам и отрицании общественных норм и правил. Вместе с этим, отрицательная связь с фактором Q3 «Самоконтроль» (по Р. Кеттелу (CPQ)) ($r = -2,16$; $p \leq 0,05$) говорит о том, что с ростом степени неудовлетворённости подростком своими личностными чертами повышается уровень самоконтроля, социальной приспособленности.

Интегральный показатель СПА «Эмоциональный комфорт» (по К. Роджерсу и Р. Даймонду) показал значимую положительную связь с фактором Н «Робость–смелость» (по Р. Кеттелу (CPQ)) – $r = 2,66$, $p \leq 0,01$, что говорит о том, что с увеличением степени определённости в своём эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям возрастает смелость и уверенность в своих силах. Вместе с тем, данный интегральный показатель отрицательно коррелирует с фактором Q3 «Самоконтроль» (по Р. Кеттелу (CPQ)) – $r = -3,09$, $p \leq 0,00$. При снижении эмоционального комфорта, понимания своего эмоционального отношения к окружающему соразмерно возрастает умение контролировать свои эмоции, поведение и желания.

Значимые корреляционные связи также показал интегральный показатель СПА «Интернальность» (по К. Роджерсу и Р. Даймонду), характеризующий предрасположенность индивида к определённой форме локус-контроля. Положительная связь прослеживается с фактором Н «Робость-смелость» (по Р. Кеттелу (CPQ)) – $r = 3,00$, $p \leq 0,01$, что говорит о том, что преобладание экстерналистского локус-контроля ведет к повышению уровня общительности, преобладанию эмоциональных и артистических интересов, авантюризму. Корреляционная отрицательная связь выявлена с фактором D «Возбудимость-флегматичность» (по Р. Кеттелу (CPQ)) – $r = -1,86$, $p \leq 0,05$, что говорит о том, что преобладание интерналистского контроля повышает флегматичность, сдержанность и снижает активность личности.

Из регрессионной модели видно, что положительный результат процесса социально-психологической адаптации подростков к условиям СВУ можно прогнозировать через высокий уровень развитости приятия себя, эмоционального комфорта, внутреннего контроля (самоконтроля), эмоциональной стабильности, смелости, общительности. По результатам исследования мы предположили, что это те предикторы социально-психологической адаптации, развитие которых будет способствовать успешной адаптации подростков к условиям СВУ.

В соответствии с выделенными направлениями коррекционно-развивающего воздействия на этапе адаптации подростков первого курса к

условиям СВУ была разработана программа социально-психологической адаптации воспитанников СВУ, представляющая собой совокупность логически выстроенных этапов, включающих комплекс психокоррекционных занятий, направленных на развитие у подростков притяжения себя, самопознания, формирование адекватной самооценки, эмоциональной стабильности, комфорта, общительности и самоконтроля.

Программа была применена на базе Федерального государственного казенного общеобразовательного учреждения «Екатеринбургское суворовское военное училище» Министерства обороны РФ. В реализации программы принимали участие воспитанники 1-го курса обучения. Общее количество – 80 человек. Средний возраст участников 10-11 лет. Основная форма работы – развивающее занятия с элементами тренинга.

Задачи программы:

- формирование навыков средств самопознания, саморазвития и самораскрытия, изучение сильных и слабых сторон личности, анализ собственного «Я – образа» и его составляющих, обеспечение необходимыми психологическими средствами и компетентностями;

- развитие чувства собственного достоинства и умений преодолевать неуверенность, страх, повышенное волнение в различных жизненных ситуациях, расширение представлений о собственной значимости;

- развитие навыков и умений, необходимых для уверенного поведения, для преодоления затруднений в процессе жизнедеятельности в суворовском училище;

- формирование положительной «Я-Концепции».

Структурно программа включает три взаимосвязанных блока: организационный (1–3 занятия), развивающий (3–20 занятие) и заключительный (22–24 занятия).

В ходе подготовительного блока создавался благоприятный морально-психологический климат в группе, формировались цели и активизировалось внимание участников к программе занятий; создавалась атмосфера группового доверия и принятия. Основой развивающего блока является развивающее занятие с элементами тренинга как особый метод работы с личностью, ориентированный на использование активных методов групповой психологической работы. В качестве таких методов были использованы игровые методы, метод групповой дискуссии, беседы, круглый стол, проективные методы рисуночного и вербального типа, метод «репетиции поведения», методы арт-терапии,

самодиагностика и психологические игры. Заключительный блок предполагал рефлекссию эмоционального состояния участников, подведение итогов и выводы, обмен мнениями, впечатлениями, полученными от занятий.

После реализации программы была проведена проверка статистической достоверности изменений, произошедших под влиянием экспериментальных воздействий. В результате применения программы выявлены статистически значимые изменения уровня социально-психологической адаптации у экспериментальной и контрольной группы. Для этого был использован дисперсионный анализ повторных измерений по каждой переменной, с помощью показателя F-Фишера. Следует отметить, что до начала применения программы показатели социально-психологической адаптации в обеих группах были на одном уровне. В ходе анализа были получены различия (на уровне значимости $p < 0,05$) по показателям СПА (по К. Роджерсу и Р. Даймонду): адаптация, адаптивность, самоприятие, принятие других, эмоциональный комфорт, интэрнальность, внутренний контроль, принятие себя, принятие других, эскапизм, поведенческих особенностей (по Ахенбаху) тревожность, агрессия, показатели внешних проблем.

Выявленная в ходе дисперсионного анализа статистически значимая динамика показателей социально-психологической адаптации, в обеих группах представлена в таблице 1.

При этом показатели по таким критериям, как замкнутость, проблемы с вниманием, делинквентное поведение и показатели внутренних проблем, у экспериментальной группы снизились, а у контрольной возросли. Не выявлено статистически значимых связей с факторами (по Р. Кеттелу (CPQ)): С «Эмоциональность», Q3 «Самоконтроль», I «Жесткость-чувствительность» и Q4 «Напряженность».

Таблица 1

Средние значения показателей в экспериментальной и контрольной группе до и после эксперимента, ($M \pm m$)

Показатель	ЭГ до	ЭГ после	p	КГ до	КГ после	p
Самопрятие	69,3 ± 4,2	73,1 ± 1,49	0,427	77,6 ± 2,1	63,6 ± 2,61	0,001
Приятие других	66,1 ± 2,4	65,8 ± 1,50	0,915	67,4 ± 3,01	53,6 ± 1,95	0,001
Приятие себя	49,1 ± 1,5	50,3 ± 1,41	0,559	49,2 ± 1,62	30,6 ± 2,54	0,001
Адаптация	63,4 ± 1,8	62,4 ± 1,29	0,662	63,6 ± 1,7	54,2 ± 1,68	0,001
Адаптивность	139,2 ± 3,5	144,5 ± 3,6	0,318	135,7 ± 8,65	90,6 ± 7,34	0,023
Агрессия	0,21 ± 0,03	0,10 ± 0,03	0,001	0,20 ± 0,04	0,24 ± 0,04	0,445
Тревожность	0,20 ± 0,02	0,11 ± 0,02	0,001	0,19 ± 0,03	0,24 ± 0,03	0,058
Показатель внешних проблем	0,28 ± 0,05	0,14 ± 0,05	0,003	0,26 ± 0,06	0,32 ± 0,06	0,531
Показатель внутренних проблем	0,30 ± 0,03	0,15 ± 0,03	0,001	0,28 ± 0,04	0,39 ± 0,04	0,016
Внутренний контроль	52,8 ± 1,3	51,6 ± 1,25	0,908	54,9 ± 1,1	31,0 ± 2,69	0,000

Заключение

Из всего выше сказанного следует, что экспериментальное воздействие оказало влияние путем сохранения показателей социально-психологической адаптации у экспериментальной группы. При этом отмечено снижение этих же показателей у контрольной группы.

Полученные статистически значимые результаты применения программы свидетельствует об эффективности разработанной программы социально-психологической адаптации воспитанников СВУ.

Литература

1. Анцибор Ю.А. Профессиональная деятельность педагога-психолога по психологическому сопровождению адаптации воспитанников в суворовских военных училищах : дис. ... канд. психол. наук. – Тверь, 2017. – 222 с.
2. Голованова А.А., Фадеева Т.Ю. Субъектно-личностные предикторы социально-психологической адаптации студентов // Вестник московского городского педагогического университета. Серия: педагогика и психология. – МПГУ, 2016. – № 4 (38). – С. 35–44.

3. Двойникова Е.Ю. Социально-психологическая адаптация личности в период глобальных политических и экономических преобразований общества // Интернет-журнал «Мир науки». – 2017. – Т 5, № 3. – URL: <http://mir-nauki.com/PDF/60PSMN317.pdf> (доступ свободный).

4. Жмыриков А.Н. Диагностика социально-психологической адаптации личности в новых условиях деятельности и общения. – М. : Питер, 2003. – 249 с.

5. Иванова А.И. Социально-психологическая адаптация: классификация и механизмы // Вестник Университета. – 2014. – № 9. – С. 255–259.

6. Иванова М.В. Особенности социально-психологической адаптации подростков к условиям обучения в Суворовском военном училище // Педагогическое образование в России. – 2016. – № 1. – С. 175–178.

7. Иванова М.В. Показатели социально-психологической адаптации воспитанников суворовского военного училища // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 9–2. – С. 240–243. – URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=10488>

8. Иванова М.В., Савельев В.В. Факторы социально-психологической адаптации подростков к обучению в суворовском военном училище // Образование и наука. – 2016. – № 7. – С. 105–116.

9. Коробкина С. А. Адаптация учащихся на сложных возрастных этапах (1, 5, 10 классы): система работы с детьми, родителями, педагогами. – Волгоград : Учитель, 2008. – 238 с.

10. Кравченко Ю.В. Особенности процесса адаптации подростков к условиям обучения в общеобразовательных военных учебных заведениях : автореф. дис. ... канд. псих. наук. – СПб., 2006. – 24 с.

11. Кряжева И.К. К вопросу о взаимосвязи социально-психологической адаптации с развитием индивидуальности личности // Личность в системе коллективных отношений. – М., 1980. – С. 132–133.

12. Назаревич О.С. Теоретические подходы к определению социально-психологических аспектов адаптации личности // Журнал Вестник угрюдения. – 2012. – № 4 (11). – С. 66–70.

13. Налчаджян А.А. Социально-психологическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии) // Психология. – 2004. – № 2. – С. 21–30.

14. Тюрина Н. В. Понятие адаптации в современной психологии // Журнал Вестник Астраханского государственного технического университета. – 2007. – № 5 (40). – С. 152–156.

Поступила 15.05.2018

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

Для цитирования. Иванова М.В. Психологические предикторы социально-психологической адаптации у воспитанников Суворовского военного училища // Вестн. психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 92–105.

**PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ADAPTATION
FOR RECEIVERS OF SUVOROVSKY MILITARY SCHOOL**

Ivanova M.V.

Ekaterinburg Suvorov Military School
(Pervomayskaya St., 88, Ekaterinburg, Russia)

Maria Vladimirovna Ivanova – educator-psychologist Ekaterinburg Suvorov Military School (Russia, 620026, Ekaterinburg, Pervomayskaya St., 88), e-mail: serebrikova@mail.ru.

Abstract. The content of the concept of socio-psychological adaptation of the individual is disclosed, the features of the socio-psychological adaptation of pupils to the conditions of the pre-university educational institution of the Ministry of Defense of the Russian Federation are described. Empirically investigated are the predictors of socio-psychological adaptation of the first-year pupils of the Suvorov Military School (SVU). Dedicated predictors acted as target directions for changing the emphasis in the content of psychological and pedagogical support for adolescents at the initial stage of training in IED. A program for the development of socio-psychological adaptation aimed at developing and improving the intrapersonal properties of adolescents has been developed and tested.

The results of the research can be used in the development of complex programs for the adaptation of younger adolescents to training in pre-university educational organizations of the Ministry of Defense of Russia.

Keywords: adaptation, disadaptation, socio-psychological adaptation, predictors of socio-psychological adaptation, psychological predictors.

References

1. Antsibor Yu.A. Professional'naya deyatelnost' pedagoga-psikhologa po psikhologicheskomu soprovozhdeniyu adaptatsii vospitannikov v suvorovskikh voennykh uchilishhakh [Professional activity of the teacher-psychologist on the psychological support of the adaptation of pupils in Suvorov military schools] : Dissertation PhD Psychol. Sci. Tver. 2017. 222 p.
2. Golovanova A.A., Fadeeva T.Yu. Sub"ektno-lichnostnye prediktory sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii studentov [Subject-personal predictors of socio-psychological adaptation of students]. *Vestnik moskovskogo gorodskogo pe-dagogicheskogo universiteta. Seriya: pedagogika i psikhologiya* [Bulletin of the Moscow City Pedagogical University. Series: pedagogy and psychology]. 2016. N 4 (38). Pp. 35–44.
3. Dvoynikova E.Yu. Sotsial'no-psikhologicheskaya adaptatsiya lichnosti v period global'nykh politicheskikh i ehkonomicheskikh preobrazovaniy obshchestva [Socio-psychological adaptation of the personality in the period of global political and economic trans-

formations of society]. *Internet-zhurnal «Mir nauki»* [Internet-journal «The World of Science»]. 2017. Vol. 5, N 3. URL: <http://mir-nauki.com/PDF/60PSMN317.pdf> (access is free).

4. Zhmyrikov A.N. Diagnostika sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii lichnosti v novykh usloviyakh deyatelnosti i obshheniya [Diagnostics of the socio-psychological adaptation of the personality in the new conditions of activity and communication]. Moskva. 2003. 249 p.

5. Ivanova A.I. Sotsial'no-psikhologicheskaya adaptatsiya: klassifikatsiya i mekhanizmy [Socio-psychological adaptation: classification and mechanisms]. *Vestnik Universiteta* [Bulletin of the University]. 2014. N 9. Pp. 255–259.

6. Ivanova M.V. Osobennosti sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii podrostkov k usloviyam obucheniya v Suvorovskom voennom uchilishhe [Features of socio-psychological adaptation of adolescents to the conditions of training in the Suvorov Military School]. *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii* [Pedagogical Education in Russia]. 2016. N 1. Pp. 175–178.

7. Ivanova M.V. Pokazateli sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii vospitannikov suvorovskogo voennogo uchilishha [Indicators of socio-psychological adaptation of pupils of the Suvorov military school]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* [International Journal of Experimental Education]. 2016. N 9–2. Pp. 240–243. URL: <http://expeducation.ru/en/article/view?id=10488>

8. Ivanova M.V., Saveliev V.V. Faktory sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii podrostkov k obucheniyu v suvorovskom voennom uchilishhe [Factors of socio-psychological adaptation of adolescents to study in the Suvorov Military School]. *Obrazovanie i nauka* [Education and Science]. 2016. N 7. Pp. 105–116.

9. Korobkina S.A. Adaptatsiya uchashhikhsya na slozhnykh vozrastnykh ehtapakh (1, 5, 10 klassy) : sistema raboty s det'mi, roditelyami, pedagogami [Adaptation of pupils at difficult age stages (1, 5, 10 classes) : system of work with children, parents, teachers]. *Volgograd : Uchitel'* [Volgograd : Teacher]. 2008. 238 p.

10. Kravchenko Yu.V. Osobennosti protsessa adaptatsii podrostkov k usloviyam obucheniya v obshheobrazovatel'nykh voennykh uchebnykh zavedeniyakh [Features of the process of adaptation of adolescents to the conditions of training in general educational military schools] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Petersburg, 2006. 24 p.

11. Kryazheva I.K. K voprosu o vzaimosvyazi sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii s razvitiem individual'nosti lichnosti [To the question of the relationship of socio-psychological adaptation with the development of the individuality of personality]. *Lichnost' v sisteme kollektivnykh otnoshenij* [Personality in the system of collective relations]. Moskva. 1980. Pp. 132–133.

12. Nazarevich O.S. Teoreticheskie podkhody k opredeleniyu sotsial'no-psikhologicheskikh aspektov adaptatsii lichnosti [Theoretical approaches to the definition of socio-psychological aspects of personal adaptation]. *Zhurnal Vestnik ugrovedeniya* [Journal of Herald of Menace]. 2012. N 4 (11). Pp. 66–70.

13. Nalchadzhyan A.A. Sotsial'no-psikhologicheskaya adaptatsiya lichnosti (formy, mekhanizmy i strategii) [Socio-psychological adaptation of the personality (forms, mechanisms and strategies)]. *Psikhologiya* [Psychology]. 2004. N 2. P. 21–30.

14. Tyurina N.V. Ponyatie adaptatsii v sovremennoj psikhologii [The concept of adaptation in modern psychology]. *Zhurnal Vestnik Astrakhanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta* [Journal Bulletin of Astrakhan state technical University]. 2007. N 5 (40). P.152–156.

Received 15.05.2018

For citing. Ivanova M.V. Psikhologicheskie prediktory sotsial'no-psikhologicheskoy adaptatsii u vospitannikov Suvorovskogo voennogo uchilishha. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 67. P. 92–105. (**In Russ.**)

Ivanova M.V. Psychological predictors of social-psychological adaptation for receivers of suvorovsky military school. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 67. Pp. 92–105.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С КОНФЛИКТНЫМ ОПЫТОМ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

¹ Восточно-Европейский институт психоанализа
(Россия, Санкт-Петербург, Большой проспект П. с., д. 18–А)

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

В статье на основе существующих научных подходов раскрываются психологические факторы нормального и нарушенного протекания беременности в контексте материнской (гестационной) доминанты. Анализируются признаки оптимальной и несбалансированной гестационной доминанты. Приводятся результаты психодиагностического исследования взаимосвязей между самочувствием женщины во время беременности и ее отношением к ребенку с субъективным отношением к собственным родителям. На основе полученных эмпирических данных обосновываются рекомендации по профилактике психосоматических и эмоциональных нарушений беременных женщин с амбивалентно-конфликтным и негативным образом собственных родителей.

Ключевые слова: нормальное протекание беременности, психологические и психосоматические нарушения беременности, психологическая готовность к родам, материнская доминанта, оптимальный вариант гестационной доминанты, объектные отношения, субъективный образ родителей, конфликтно-амбивалентные отношения, профилактика нарушений беременности.

Введение

Актуальность темы исследования обусловлена негативными медицинскими, психологическими и социальными последствиями патологии беременности. По мнению ряда исследователей [6, 10], рост патологии беременности и пе-

Владимирова Софья Александровна – психолог-психоаналитик, магистр психологии, Восточно-Европейский ин-т психоанализа (Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П. с., д. 18-А), e-mail: vsafiaa@yandex.ru;

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

ринатального развития ребенка связан с недооценкой психосоциальных факторов и доминированием сугубо медицинского подхода [6, 10].

В рамках современных исследований беременность и внутриутробное формирование ребенка рассматриваются в качестве уникального биопсихосоциального феномена [2, 4, 6, 7, 8, 9]. Для обозначения особого состояния, управляющего физиологическими и нервно-психическими процессами беременной женщины, был предложен специальный термин «материнская доминанта» [1, 4]. Материнскую доминанту последовательно составляют: гестационная (относящаяся к беременности), родовая, лактационная доминанты, каждая из которых включает психосоматический, физиологический и психологический компоненты.

Современные исследования свидетельствуют о том, что сформированность гестационной доминанты является важным условием готовности к родам и рождения здорового ребенка. Оптимальный вариант гестационной доминанты проявляется у женщин в комплексе характеристик, включая: запланированную и желательную беременность; ответственное отношение к своему состоянию; адекватную реакцию на возникающие трудности; отсутствие страхов; уверенность в материнской компетентности; установку на грудное вскармливание и др. [4]. При неблагоприятных вариантах имеют место противоположные характеристики в сочетании с тревожно-депрессивными компонентами.

Беременность рассматривается как нормативный кризис, в ходе которого происходят закономерные личностные изменения. К новообразованиям данного периода относятся: изменения эмоционального статуса женщины, ценностно-смысловая перестройка, принятие новой социальной роли, формирование системы отношений «мать – дитя», реорганизация супружеских отношений и др. Ключевым новообразованием данного периода следует признать образ будущего ребенка и отношение матери к нему [7, 9].

На современном этапе развития психологической науки считается доказанным психоаналитический тезис о тесной связи между последующим психическим здоровьем ребенка и характером его ранних эмоциональных отношений с родителями, прежде всего – с матерью [3, 5, 7]. Одновременно с этим эмпирические исследования данной закономерности применительно к беременным женщинам недостаточно освещены в научной литературе. Вопрос о характере взаимосвязи между эмоциональным и психосоматическим статусом

сом и опытом отношений беременной женщины с собственными родителями остается открытым.

Целью исследования явилась разработка рекомендаций по профилактике эмоциональных и психосоматических нарушений у беременных женщин с конфликтно-негативным опытом собственных детско-родительских отношений.

Исследование проводилось в 2014–2016 гг. на базе ФГБУН «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта». В качестве респондентов выступили беременные женщины в количестве 60 человек в возрасте от 25 до 39 лет (средний возраст – 30,6). Выборка носила случайный характер и не включала женщин из групп социального риска или с серьезной патологией беременности. Женщины участвовали в исследовании на основании добровольного согласия и консультативного наблюдения в НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д.О. Отта. Социальный портрет группы: 45 % женщин имели высшее образование; 70 % – не работали на момент исследования в связи с беременностью; 75 % – состояли в зарегистрированном браке.

Материалы и методы

Психодиагностический комплекс включал следующие методы и методики: изучение медицинской документации, анкету общих данных, структурированное интервью, методику субъективной оценки значимых отношений Е.В. Змановской, разработанную на основе семантического дифференциала Ч. Осгуда [5], анкету «Взрослые о родителях» (разработанную в ходе исследования на основе опросника Шафера), тест «Отношения беременной» И.В. Добрякова [4], шкалу количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины» В.В. Абрамченко, Т.А. Немчина [1], тест «Я и мой ребёнок» в модификации Г.Г. Филипповой [9].

Достоверность результатов исследования обеспечивалась использованием комплекса общепринятых методов и валидных методик, а также применением методов математической статистики для исследования небольшой группы.

По результатам применения «Методики субъективной оценки значимых отношений» общая выборка женщин была разделена на две группы по типу субъективного (частично неосознаваемого) переживания их собственных детско-родительских отношений. Количественные показатели, получен-

ные по методике значимых отношений, сопоставлялись с результатами стандартизированного интервью и анкетой «Взрослые о родителях». В результате были образованы две подгруппы женщин: с амбивалентно-конфликтным и с положительным отношением к собственным родителям.

В 1-ю группу вошли 22 женщины (37 %) с конфликтно-негативным (амбивалентным) опытом переживания собственных отношений с родителями (набравшие меньшие баллы, чем нормативная оценка матери и отца по данной методике). Для беременных женщин с конфликтным типом детско-родительских отношений оказались характерны: склонность к противоречивым оценкам одного родителя или полярным оценкам обоих родителей (например, к идеализации матери при обесценивании отца); трудности описания родителей и идентификации чувств к ним; сочетание выраженных положительных и отрицательных чувств; наличие непроработанных негативных воспоминаний; непережитые обиды; нежелание походить на своих родителей и т. д.

Во 2-ю группу были включены 38 (63 %) женщин с положительным опытом переживания детско-родительских отношений (набравшие большие баллы, чем средняя нормативная оценка матери и отца). Для них были типичны: осознанность отношений, объективные непротиворечивые оценки родителей, желание походить на своих родителей; преобладание положительных оценок на фоне принятия недостатков родителей; совпадение вербальных оценок и невербальных реакций.

Однозначно негативно-агрессивное отношение респондентов к собственным родителям выявлено не было, что, вероятно, связывается с нормативностью выборки и с тем, что на сознательном уровне практически все женщины оценивали семьи своих родителей как «обычные и формально благополучные». При этом в исследовании изучались не реальные отношения женщины с родителями (которые в том числе могли отсутствовать), а именно субъективные эмоционально-окрашенные переживания ее детско-родительских отношений.

По результатам клинического интервью и на основе изучения медицинской документации были получены медицинские данные о состоянии здоровья беременных женщин. У женщин 1-й группы (с напряженными отношениями с родителями) во время беременности диагностировались следующие нарушения: гестозы, преимущественно в форме отеков и повышения артериального давления (32 %); угроза прерывания беременности во II и III триме-

страх (33 %), анемия (18 %), гестационный сахарный диабет (8 %), гипотиреоз (5 %). У большинства женщин 2-й группы (с положительным опытом детско-родительских отношений) беременность протекала без серьезных осложнений, в то же время были выявлены небольшие нарушения в форме анемии (5 %) и токсикоза первой половины беременности (18 %).

Результаты и их обсуждение

Качественно-количественная характеристика отношений с родителями в двух группах беременных женщин представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1
Особенности восприятия отца в группах с различным опытом детско-родительских отношений

Характеристики	1-я группа		2-я группа		Достоверность различий, р
	Среднее	Станд. отклонение	Среднее	Станд. отклонение	
Позитивный интерес	1,9	0,6	2,8	0,3	0,05
Директивность	1,8	0,7	2,6	0,3	–
Враждебность	2,3	0,5	2,9	0,5	–
Автономность	2,1	1,1	3,1	1,1	0,05
Непоследовательность	3,1	1,0	1,9	0,8	0,01
Фактор близости	1,6	0,2	2,3	0,5	–
Фактор критики	2,0	0,6	3,7	1,2	0,01

Таблица 2
Особенности восприятия матери в группах с различным опытом детско-родительских отношений

Характеристики	1-я группа		2-я группа		Достоверность различий, р
	Среднее	Станд. отклонение	Среднее	Станд. отклонение	
Позитивный интерес	1,6	0,8	2,8	0,9	0,01
Директивность	1,8	0,9	2,6	0,6	0,01
Враждебность	2,4	1,5	2,9	1,0	–
Автономность	2,7	1,3	3,1	1,1	–
Непоследовательность	2,8	0,3	1,9	0,6	0,01
Фактор близости	1,2	0,1	2,3	0,2	–
Фактор критики	2,4	1,1	3,7	1,0	–

Данные, приведенные в таб. 1, свидетельствуют о том, что амбивалентно-конфликтные отношения с отцом складываются преимущественно за счет усиления веса таких характеристик, как его «непоследовательность» и «критика». Напротив, женщины, имеющие положительный опыт детско-родительских отношений, достоверно чаще оценивали отца как проявляющего большую заинтересованность и меньшую автономность.

Отношения к матери различаются по следующим направлениям: в группе с позитивным образом матери достоверно выше оцениваются «Позитивный интерес» и «Директивность» и достоверно ниже – ее «Непоследовательность» (см. таб. 2). Следовательно, респонденты, имеющие положительный опыт детско-родительских отношений, чаще оценивают мать как принимающую, но требовательную, а респонденты с конфликтными отношениями воспринимают мать преимущественно как незаинтересованную и непоследовательную.

Далее выделенные группы сравнивались между собой по результатам заполнения четырех психодиагностических методик, в результате чего были получены данные об особенностях переживания беременности у женщин с разным опытом переживания детско-родительских отношений.

Для определения типа гестационной доминанты (переживания беременности) был использован тест отношения беременной [4] (см. таб. 3).

Таблица 3

Достоверность различий в переживании беременности в двух группах женщин

Тип переживания	1-я группа		2-я группа		Достоверность различий, р
	Среднее	Станд. отклонение	Среднее	Станд. отклонение	
Оптимальный тип	5,0	1,4	6,9	1,9	0,01
Гипогестогнозический	0,9	1,0	0,5	0,8	–
Эйфорический	2,5	1,0	2,1	1,3	–
Тревожный	0,9	1,0	0,5	0,7	–
Депрессивный	0,2	0,4	0,0	0,0	0,05

Анализируя полученные результаты, можно говорить о том, что в группе женщин с позитивным отношением к родителям преобладает оптимальный тип гестационной доминанты, при этом ни одна из респондентов данной группы не сделала свой выбор в пользу депрессивного типа, тревожный тип

диагностировался редко. В группе респондентов, имеющих амбивалентный опыт детско-родительских отношений, также встречается оптимальный тип, но достоверно реже. Одновременно с этим в данной группе выявлены случаи крайне неблагоприятного – депрессивного типа.

Для оценки психоэмоционального и соматического состояния беременных женщин использовалась шкала количественной и качественной оценки психосоматического состояния беременной женщины [1]

Таблица 4

Показатели психоэмоционального и соматического напряжения
в двух группах беременных женщин

Сфера переживания	1-я группа		2-я группа		Достоверность различий, р
	Среднее	Станд. отклонение	Среднее	Станд. отклонение	
Нервно-психическое состояние	6,8	1,5	5,3	0,8	0,01
Соматическое здоровье	8,0	1,8	4,2	2,0	0,01
Социальное положение	3,9	0,8	3,2	1,7	–
Отношение к ребёнку	3,8	1,9	1,2	1,5	0,01

Статистически значимые различия получены по трем показателям самочувствия: «Нервно-психическое состояние», «Соматическое здоровье» и «Отношение к ребёнку» (см. таб. 4). Следовательно, женщины с конфликтными детско-родительскими отношениями испытывают достоверно большее напряжение и беспокойство по поводу здоровья, протекания родов, своих отношений с будущим ребенком.

Корреляционный анализ позволил выявить следующие значимые взаимосвязи в группе женщин с амбивалентным образом родителей:

- показатель «Соматическое здоровье» положительно коррелирует на уровне (значимости 0,05) со всеми характеристиками образа родителей;
- показатель «Социальное положение» положительно коррелирует (на уровне значимости 0,05) с такими качествами, как родительский авторитет и самооценка;

– показатель «Оптимальный тип переживания» (гестационная доминанта) положительно коррелирует (на уровне значимости 0,05) со следующими показателями детско-родительских отношений: «Родительский авторитет (отец)» ($r = 0,532$), «Родительские требования (отец)» ($r = 0,549$), а также отрицательно коррелирует с такими характеристиками, как «Автономность (мать)» ($r = -0,525$), враждебность (мать) ($r = -0,678$), «критика (мать)» ($r = -0,701$);

– показатель «Депрессивный тип переживания» коррелирует с показателем «Враждебность (отец)» ($r = 0,637$) на уровне значимости 0,05.

В целом для беременных женщин с амбивалентным опытом переживания детско-родительских отношений актуальным является склонность к поляризованному (необъективному) восприятию собственных родителей, а также взаимоотношений между близкими людьми. В то же время, у испытуемых данной группы наблюдается тенденция к недоверию к себе и окружающим, имеются сложности в осознании потребностей и реальных возможностей их удовлетворения.

У женщин с положительным опытом переживания детско-родительских отношений было выявлено, что показатель «Отношение к ребёнку» отрицательно коррелирует на уровне значимости 0,01 с такими характеристиками детско-родительских отношений самой женщины, как «Автономность (отец)» ($r = -0,679$), «Враждебность (мать)» ($r = -0,592$), а также положительно коррелирует с показателями «Позитивный интерес (мать)» ($r = 0,607$).

Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о связи между психологическим состоянием беременной женщины (ее самочувствием, психоэмоциональным статусом, отношением к беременности и будущему ребенку) с ее собственным детско-родительским опытом. Наиболее значимыми негативными особенностями, влияющими на самочувствие беременной женщины, выступают переживания: дефицита позитивного интереса (принятия) со стороны матери; низкого авторитета отца; отстраненности отца и (или) матери, враждебности отца и (или) матери.

С целью выявления особенностей переживания материнства беременным женщинам было также предложено нарисовать себя и своего ребёнка (тест «Я и мой ребёнок» [9]).

У 81 % женщин из группы с амбивалентным опытом детско-родительских отношений выявлено наличие тревоги, неуверенности в себе или конфликтное отношение к беременности. Получены достоверные стати-

стические различия между двумя группами по показателям: «Благоприятная ситуация материнства» ($p \geq 0,01$), «Тревога и неуверенность в себе» ($p \geq 0,05$) и «Конфликт с беременностью или с ситуацией материнства» ($p \geq 0,01$).

В рисунках беременных женщин данной группы были выявлены содержательные особенности, позволяющие судить о наличии конфликта с беременностью и ситуацией материнства: отсутствие на рисунке себя и/или ребенка; замена ребенка и/или себя изображением растения, животного или символом; отсутствие совместной деятельности и контакта с ребенком; ребенок спрятан (в пеленках, коляске, кровати, животе матери); несоразмерность фигур.

В группе женщин, имеющих положительный опыт переживания детско-родительских отношений, большинство обследуемых (68 %) демонстрировали высокий уровень готовности к родам, адекватное представление себя и ребенка, эмоциональное принятие своей роли. В рисунках беременных женщин данной категории были выявлены содержательные индикаторы, позволяющие судить о благоприятной ситуации беременности и материнства.

Полученные данные свидетельствуют о наличии достоверно значимых различий в переживании материнства у беременных женщин с разным опытом детско-родительских отношений. У женщин, имеющих конфликтно-амбивалентный опыт детско-родительских отношений, выявлены повышенная тревога и неуверенность в себе, конфликтное отношение к беременности, размытый образ ребенка и себя в роли родителя. Эти женщины испытывают большее напряжение и беспокойство по поводу своего самочувствия, протекания родов и будущего ребенка. Они объективно чаще и в большей степени выраженности имеют признаки эмоциональных и психосоматических нарушений, чем женщины с положительным опытом детско-родительских отношений.

Можно предположить, что в случае включения в выборку группы женщин из неблагополучно-асоциальных семей (с насилием, зависимым поведением, с криминальными эксцессами) результаты исследования могли бы быть еще более убедительными.

Заключение

Проведенное исследование показало, что существует тесная взаимосвязь между психологическим и психосоматическим состоянием женщины во время беременности и ее субъективным переживанием отношений с собст-

венными родителями. Положительный опыт детско-родительских отношений сочетается с «целостным» образом ребенка и преимущественно гармоничным вариантом гестационной доминанты. Амбивалентно-конфликтное отношение беременной женщины к собственным родителям сопровождается комплексом психосоматических и эмоциональных нарушений: повышенной тревожностью, слабо дифференцированным образом ребенка, амбивалентными эмоциональными переживаниями, повышением риска тревожно-депрессивного типа гестационной доминанты, неготовностью к родам и принятию ребенка.

В рамках психологической работы по профилактике патологии беременности целесообразно проводить диагностику особенностей детско-родительских отношений женщины с применением предложенного комплекса методик, по результатам которой женщины с конфликтно-амбивалентным и негативным образом родителей должны быть отнесены в группу риска в отношении неблагоприятного протекания беременности и родов. На втором, реконструктивно-коррекционном этапе профилактическая работа должна проводиться в форме индивидуального консультирования или системно-динамической семейной психотерапии с целью повышения целостности и позитивности субъективного восприятия собственных родителей.

Литература

1. Абрамченко В.В. Безопасное материнство. – СПб. : ИАГ РАМН им. Д.О. Отта, 1997. – 240 с.
2. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии. – 1997. – № 6. – С. 38–47.
3. Винникотт Д.В. Маленькие дети и их матери. – М. : Класс, 2007. – 80 с.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб. : Питер, 2010. – 272 с.
5. Змановская Е.В. Психология семьи: основы супружеского консультирования и семейной психотерапии: учебное пособие. – М. : ИНФРА-М, 2017. – 378 с.
6. Коваленко Н.П. Метод психологической подготовки к родам / Материалы Первой Всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии «Современные направления психотерапии и их клиническое применение». – М., 1996. – С. 109–110.
7. Пайнз Д. Бессознательное использование своего тела женщиной. – СПб. : Восточно-европейский Институт психоанализа, 1997. – 195 с.
8. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г. Перинатальная психология: уч. пособие. – СПб. : СпецЛит, 2015. – 143 с.
9. Филиппова Г.Г. Психология Материнства. – М. : Институт психотерапии, 2002. – 240 с.
10. Шмурак Ю.И. Пренатальная общность // Человек. – 1994. – № 6. – С. 24–37.

Поступила 12.08.2018

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

Для цитирования. Владимирова С.А., Змановская Е.В. Профилактика эмоциональных и психосоматических нарушений у беременных женщин с конфликтным опытом детско-родительских отношений // Вестн. психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 106–117.

PREVENTION OF EMOTIONAL AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH CONFLICT EXPERIENCE OF THE CHILD-PARENT RELATIONS

Vladimirova S.A.¹, Zmanovskaya E.V.²

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

²East-European Psychoanalytical Institute
(Bolshoy Ave. P.s., 18–A, St. Petersburg, Russia).

Sofia Vladimirova Aleksandrovna – Psychologist-psychoanalyst, aster of psychology, East-European Psychoanalytical Institute (Bolshoy Ave. P.s., 18-A, St. Petersburg, 197198, Russia); e-mail: vsafiaa@yandex.ru

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

Abstract. The article reveals psychological factors of normal and impaired pregnancy in the context of maternal (gestational) dominant, based on the existing scientific approaches. The author analyzes the characteristics of optimal and unbalanced gestational dominant. The results of psychodiagnostic studies of the interrelations between the woman's health during pregnancy, her attitude to the child and her subjective attitude to her own parents. The author also substantiates the recommendations on prevention of psychosomatic and emotional problems of pregnant women with ambivalent conflict and the negative image of their own parents, based on the empirical data.

Keywords: normal pregnancy, psychological and psychosomatic disorders of pregnancy, psychological readiness to maternity, maternal dominant, the optimal variant of gestational dominant, object relations, subjective image of parents, conflict-ambivalent relationships, prevention of violations of pregnancy.

References

1. Abramchenko V.V. Bezopasnoe materinstvo [Safe motherhood]. Sankt-Peterburg. 1997. 240 p. (In Russ)
2. Brutman, V.I., Radionova M. S. Formirovanie privyazannosti materi k rebenku v period beremennosti [The forming of mother's affection to a child during pregnancy]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 1997. N. 6. Pp. 38–47. (In Russ).
3. Vinnikott D.V. Malen'kie deti i ih materi [Small children and their mothers]. Moskva. 2007. 80 p. (In Russ)
4. Dobryakov I.V. Perinatal'naya psihologiya [Perinatal psychology]. Sankt-Peterburg. 2010. 272 p. (In Russ)
5. Zmanovskaya E.V. Psihologiya sem'i: osnovy supruzheskogo konsul'tirovaniya i semejnoy psihoterapii [Psychology of the family: fundamentals of marital counselling and family therapy]. Moskva. 2017. 378 p. (In Russ)
6. Kovalenko N.P. Metod psikhologicheskoy podgotovki k rodam [A method of psychological preparation for childbirth]. *Sovremennye napravleniya psihoterapii i ih klinicheskoe primenenii* [Modern directions of psychotherapy and their clinical application]. Moskva. 1996. Pp. 109–110. (In Russ)
7. Pines D. Bessoznatel'noe ispol'zovanie svoego tela zhenshchinoj [Unconscious use of her body by a woman]. Sankt-Peterburg. 1997. 195 p. (In Russ)
8. Sidorov P. I., Chumakova, G. N., Shchukin E. G. Perinatal'naya psihologiya [Perinatal psychology]. Sankt-Peterburg. 2015. 143 p. (In Russ)
9. Filippova, G. G. Psihologiya Materinstva [Psychology of Motherhood]. Moskva. 2002. 240 p. (In Russ)
10. Shmurak, Y. I. Prenatal'naya obshhnost' [Prenatal community]. *CHelovek* [Human]. 1994. N 6. Pp. 24–37. (In Russ)

Received 12.08.2018

For citing. Vladimirova S.A., Zmanovskaya E.V. Profilaktika ehmotSIONal'nykh i psikhosomaticheskikh narushenij u beremennykh zhenshhin s konfliktnym opytom det-sko-roditel'skikh otnoshenij. *Vestnik psihoterapii*. 2018. N 67 (72). P. 106–117. **(In Russ.)**

Vladimirova S.A., Zmanovskaya E.V. Prevention of emotional and psychosomatic disorders in pregnant women with conflict experience of the child-parent relations. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 67. Pp. 106–117.

ПОТРЕБНОСТЬ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ, КОИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА И ВИРУСОМ ГЕПАТИТА С, В ПРОЦЕССЕ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГЕПАТИТА

¹ Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179)

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Проведено исследование психологических особенностей пациентов с сочетанной инфекцией вирусом иммунодефицита человека и вирусом гепатита С (ВИЧ/ВГС) на разных этапах противовирусной терапии (ПВТ) гепатита С в условиях реальной клинической практики. Когнитивные функции оценивались с помощью патофизиологических методик, уровень стрессовой нагрузки – с помощью шкалы самооценки «Жизненные события и стресс» (Holmes и Rahe), выраженность психопатологической симптоматики – по шкале SCL-90-R (Derogatis). Нарушение сна и быстрая утомляемость чаще проявляются у больных коинфекцией ВИЧ/ВГС в первой половине курса и могут носить стойкий характер, продолжаясь до конца лечения. С большой долей вероятности уже в первой половине курса ПВТ ВГС у больных коинфекцией ВИЧ/ВГС можно ожидать проявление нарушений телесной дисфункции основных систем организма. В этом периоде лечения могут также проявляться подавленное настроение, иррациональные приступы паники, основанные на беспокойстве о своем здоровье, раздражительность, агрессивные реакции, диском-

✉ Кольцова Ольга Владимировна – канд. психол. наук, зав. отделом мед. и социальной психологии, Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекц. заболеваниями (Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179), ассистент кафедры общ. и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: ovkoltsova@yandex.ru;

Сухарева Юлия Владимировна – клинич. психолог, Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекц. заболеваниями (Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179), e-mail: julia.rusk@mail.ru;

Гусев Денис Александрович – д-р. мед., гл. врач, Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекц. заболеваниями (Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179), д-р мед. наук проф., каф. инфекц. болезней и эпидемиологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8), e-mail: gusevden-70@mail.ru.

форт в процессе общения, трудности формирования контактов с людьми, ведущие к ограничительному поведению. Чтобы облегчить адаптацию к изменяющейся жизненной ситуации в процессе ПВТ, пациентам с выраженной психопатологической симптоматикой, а также с высокими и средним уровнем стрессовой нагрузки, следует обеспечить индивидуальное психологическое сопровождение.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С, коинфекция ВИЧ/ВГС, психологическое сопровождение, SCL-90-R.

Введение

В эпоху комбинированной антиретровирусной терапии (АРВТ) продолжительность и качество жизни людей, живущих с ВИЧ, улучшились. Благодаря современной медицине, ВИЧ-инфекция стала управляемым хроническим заболеванием. Кроме того, с развитием новых лекарственных препаратов пациенты с ВИЧ могут рассчитывать на удобные схемы и улучшение переносимости лечения.

В России до 60 % больных с ВИЧ имеют сочетанную инфекцию вирусом гепатита С (ВГС) [2]. Оба хронических инфекционных заболевания в результате взаимовлияния приводят к более быстрому прогрессированию фиброза печени, чем моноинфекция ВГС, и чаще приводят к терминальной стадии заболевания печени, что является одной из ведущих причин смерти коинфицированных пациентов [9].

В настоящее время в России, несмотря на постепенное внедрение препаратов для лечения ВГС с прямым противовирусным действием (ПППД), остаются востребованными интерферонсодержащие схемы, которые хорошо изучены и доступны большинству пациентов с ВГС. Данная ситуация наиболее актуальна для пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГС, поскольку препараты для противовирусной терапии (ПВТ) ВГС этой категории больных закупаются централизованно и входят в перечень «Жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» («ЖНВЛС»). Вместе с тем, эти препараты довольно плохо переносятся и лишь в половине случаев позволяют достичь устойчивого вирусологического ответа (УВО) [10], причем у больных, инфицированных одновременно ВГС и ВИЧ-1, УВО отмечается еще реже [13]. В связи с этим врачу приходится учитывать множество исходных прогностических факторов, чтобы оценить целесообразность лечения и назначать ИФН-терапию больным с высокими шансами на успех и отменять, когда эти шансы минимальны, а риск побочных эффектов высок [12].

Реальная клиническая практика показывает, что пациенты, приверженные лечению, способны преодолевать барьеры, такие как головная боль или слабость. Понимая, что нежелательные явления (НЯ) носят временный характер, пациенты готовы их терпеть и, как правило, не прекращают прием терапии. Большинство НЯ соматического характера (анемия, лихорадка, сухость кожи, головная боль, выпадение волос и др.) проходят по окончании лечения ВГС. Однако нельзя игнорировать тот факт, что симптомы тревоги и депрессии, развивающиеся при ИФН-терапии, могут оказаться стойкими и наблюдаться длительное время после завершения ПВТ гепатита С [11]. Вопрос о влиянии психических расстройств (как в анамнезе, так и во время проведения ПВТ) на эффективность ПВТ у больных гепатитом С до сих пор дискутируется и нуждается в более тщательной оценке и мониторинге психического статуса на разных этапах ПВТ гепатита С (особенно при длительных схемах), чтобы снизить риски развития психосоматических заболеваний [4].

Длительно действующие физические недомогания, стрессовая нагрузка, симптомы тревоги и депрессии, раздражительность могут снижать умение приспособливаться к изменяющимся условиям на работе и в быту, затруднять решение межличностных конфликтов, т. е. приводить к психологической дезадаптации.

Цель исследования – по результатам комплексного психологического обследования пациентов с сочетанной инфекцией ВИЧ/ВГС до и в процессе 48-недельного курса ПВТ ВГС с применением интерферонсодержащих схем лечения выявить предикторы психологической дезадаптации пациентов, а также обосновать их потребности в психологическом сопровождении.

Материалы и методы

Исследование проводилось в условиях реальной клинической практики на базе поликлиники Санкт-Петербургского Центра по профилактике и борьбе СПИД и инфекционными заболеваниями. Учитывая цели настоящего исследования, в него включались ВИЧ-инфицированные больные с сопутствующим диагнозом ВГС старше 18 лет. По результатам клинико-лабораторного обследования участники не имели противопоказаний к ПВТ ВГС. Исследование проводилось в период с октября 2016 г. по декабрь 2017 г.

Все пациенты перед началом ПВТ ВГС проходили обследование у психиатра для исключения психических расстройств. Пациенты, в прошлом употреблявшие наркотики, допускались к ПВТ при условии стойкой ремиссии.

Клиническая практика лечения ВГС, как правило, не предусматривает психологическое обследование больных. Мотивирующими факторами для привлечения пациентов к участию в исследовании явились рекомендации со стороны врачей гепатологов и их активное направление пациентов к психологу. Психологи проводили экспериментально-психологическое обследование и открыто обсуждали с пациентами полученные результаты, по их запросу обеспечивали психологическую помощь и поддержку пациентам, а также их родственникам и партнерам.

В исследовании участвовали 60 пациентов (31 мужчина и 29 женщин). Из них 28 участников до января 2017 г. не начинали ПВТ ВГС, хотя получили к ней «допуск» со стороны врача, т. е. прошли клинико-психологическое обследование и были включены в «список ожидания». 32 пациента принимали препараты против ВГС, из них 28 пациентов были обследованы психологом дважды – либо до и в первой половине терапии, либо в первой и во второй половине 48-недельного курса ПВТ.

88 протоколов (случаев) комплексного экспериментально-психологического обследования были распределены на 3 условные группы для статистического анализа: 1-я группа включала 41 случай на стадии подготовки к началу ПВТ ВГС; 2-я группа – 32 случая в первой половине ПВТ ВГС (13–26-я недели); 3-я группа – 15 случаев в конце ПВТ ВГС.

Для исследования когнитивных функций применялись известные психологические методики, такие как «Таблицы Шульте», «Заучивание 10 слов», «Исключение лишнего» (вербальный и невербальный варианты), а также «Выделение существенных признаков» и «Соотношение метафор, пословиц и фраз», отраженные во многих руководствах по применению экспериментальных методов исследования психики человека [1, 5, 7].

Степень стрессового воздействия на пациента оценивалась с помощью шкалы самооценки «Жизненные события и стресс» [1, 5, 6]. Использование шкалы самооценки «Жизненные события и стресс» позволяет учитывать все значимые события или изменения в жизни пациента, которые могли бы привести к ухудшению состояния или стали причиной недостаточной эффективности терапии [3, 6].

Для оценки психопатологических симптомов в условных группах мы использовали опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised), разработанный Derogatis (1974 г.) и адаптированный Н.В. Тарабриной [5, 8]. Он широко используется в между-

народной практике для выявления и оценки выраженности и динамики психопатологических симптомов у разных категорий больных, в том числе у пациентов с расстройствами аффективного спектра [8]. В SCL-90-R утверждения распределены на 9 подшкал: Шкала соматизации (SOM), Шкала обсессивно-компульсивных нарушений (OC), Шкала интерперсональной (межличностной) чувствительности (INT), Шкала депрессии (DEP), Шкала тревоги (ANX), Шкала враждебности/агрессивности (HOS), Шкала фобической тревоги (PHOB), Шкала параноидного мышления (PAR) и Шкала психотизма (PSY). Методика содержит общий индекс тяжести симптомов GSI, отражающий степень выраженности симптоматики и является лучшим индикатором текущего состояния и глубины расстройства, интенсивности переживаемого дистресса.

Сбор и статистическая обработка полученных результатов проводились на компьютере с помощью программ MS Excel 2007 и IBM SPSS Statistics 22.

Результаты и обсуждение

Средний возраст участников составил $37,8 \pm 6,8$ лет, самому младшему – 27 лет, самому старшему – 57 лет. 74 % участников исследования имели специальное среднее или высшее образование, 82 % имели полную занятость.

61,7 % участников исследования имели генотип 2 или 3 ВГС, что считается наиболее благоприятными исходными прогностическими факторами для лечения гепатита С, и у 70 % диагностирован минимальный фиброз печени или его отсутствие. Никто из участников ранее противовирусного лечения гепатита С не получал. 63,3 % были потребителями инъекционных наркотиков в прошлом.

Большинство пациентов (90 %) принимали антиретровирусную терапию (АРВТ) и были к ней адаптированы. Прекратили ПВТ ВГС в связи с серьезными нежелательными явлениями 2 пациента.

Нарушения сна отмечались в 7,3 % случаев до начала ПВТ ВГС, в 31,3 % у тех, кто находился на 13–28-й неделях лечения, и у 20 % пациентов, завершающих ПВТ. Жалобы на быструю утомляемость предъявляли 22 % пациентов до начала лечения, однако данное расстройство почти в 3 раза чаще (62,5 % случаев) встречалось среди пациентов в первые месяцы лечения и в 46,7 % случаев – по завершении 48-недельного курса терапии (табл. 1).

Таблица 1

Частота нарушения сна и быстрой утомляемости до и во время ПВТ ВГС

Поведенческий симптом	Этап исследования		
	До начала ПВТ (n = 41)	В первой половине ПВТ (n = 32)	По завершении ПВТ (n = 15)
Быстрая утомляемость	22,0 %	62,5 %	46,7 %
Нарушение сна	7,3 %	31,3 %	20,0 %

Таким образом, нарушение сна и быстрая утомляемость чаще проявляются в первой половине курса ПВТ и могут носить стойкий характер, продолжаясь до конца лечения.

У пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГС без ПВТ ВГС, по средним показателям свойств когнитивных процессов, существенных нарушений не выявлено. По данным корреляционного анализа отмечается положительная связь между возрастом пациента и психомоторным темпом ($r = 0,211$; $p < 0,05$). Чем старше пациент, тем медленнее он выполняет задания, что скорее относится к возрастным особенностям, нежели к специфическому влиянию терапии.

Мы обнаружили статистически достоверные различия ($p < 0,05$) между 1-й группой случаев (до ПВТ) и 3-й группой (заканчивающих терапию) по уровню стрессовой нагрузки (рис. 1).

У большей части пациентов до ПВТ ВГС уровень стрессовой нагрузки низкий, это означает, что вероятность возникновения у них психосоматических заболеваний не более 30 %. В то же время высокий уровень стрессовой нагрузки характерен для пациентов, завершающих терапию, это означает, что в этих случаях вероятность возникновения психосоматических заболеваний высока и приближается к 80 % [3]. Таким образом, ИФН-терапия ВГС связана с повышением уровня стрессовой нагрузки.

Прослеживается обратная связь между возрастом и уровнем стрессовой нагрузки – чем моложе пациент, тем выше у него стрессовая нагрузка в период ПВТ ВГС ($r = -0,324$; $p = 0,002$).



Рис. 1. Частота разной степени стрессовой нагрузки в зависимости от этапа ПВТ ВГС (по методике Холмса и Рея)

Выраженность патопсихологической симптоматики по 7 подшкалам опросника SCL-90-R, а также по общему индексу тяжести состояния GSI в группе пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГС до лечения ВГС имеется несущественное повышение по сравнению с нормативными показателями здоровых людей [8], а по шкалам интерперсональной чувствительности и фобической тревоге – показатели здоровых и больных коинфекцией ВИЧ/ВГС не различаются (табл. 2, рис. 2).

На уровне статистической значимости ($p < 0,01$) имелись различия между 1-й и 2-й группами по шкале соматизации. Также наблюдалась тенденция к различиям между 1-й и 2-й группами по шкалам интерперсональной чувствительности, депрессии, тревоги, враждебности/агрессивности, психотизма и общему индексу тяжести дистресса (табл. 2, рис. 2).

Полученные данные означают, что с большой долей вероятности уже в первой половине курса ПВТ ВГС у больных с коинфекцией ВИЧ/ВГС можно ожидать проявление нарушений телесной дисфункции основных систем организма. В этом периоде лечения могут также проявляться подавленное настроение, иррациональные приступы паники, основанные на беспокойстве о

своем здоровье, раздражительность, агрессивные реакции, дискомфорт в процессе общения, трудности формирования контактов с людьми, ведущие к ограничительному поведению.

Таблица 2

Средние значения показателей опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R у пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГС в сравнении с нормой

Показатели	Пациенты с коинфекцией ВИЧ/ВГС		Норма N=60, M (SD)
	До ПВТ ВГС N = 41, M (SD)	В первой половине ПВТ ВГС N = 32, M (SD)	
Соматизация (SOM)	0,49 (0,54)	0,89 (0,69)	0,39 (0,33)
Обсессивно-компульсивные нарушения (OC)	0,55 (0,46)	0,72 (0,65)	0,39 (0,33)
Интерперсональная чувствительность (INT)	0,46 (0,44)	0,74 (0,64)	0,48 (0,30)
Депрессия (DEP)	0,49 (0,49)	0,73 (0,57)	0,40 (0,29)
Тревога (ANX)	0,40 (0,49)	0,64 (0,67)	0,33 (0,26)
Враждебность/агрессивность (HOS)	0,49 (0,52)	0,71 (0,62)	0,38 (0,39)
Фобическая тревога (PHOB)	0,15 (0,24)	0,31 (0,51)	0,14 (0,20)
Паранойяльное мышление (PAR)	0,49 (0,56)	0,61 (0,69)	0,33 (0,32)
Психотизм (PSY)	0,35 (0,42)	0,25 (0,44)	0,17 (0,27)
Индекс GSI	0,44 (0,38)	0,63 (0,52)	0,36 (0,21)

M – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

Выявленные тенденции требуют обращать внимание на больных, предрасположенных к развитию дистресса. В случае диагностирования до начала курса лечения ВГС выраженной психопатологической симптоматики необходимо предлагать пациентам с коинфекцией ВИЧ/ВГС психологическое сопровождение.

Повышенные значения шкал, которые включают в себя комплекс определенных симптомов, могут служить «мишенями» для психологического вмешательства. Период сопровождения определяется по результатам психо-

диагностики, индивидуальным планом помощи и динамикой состояния пациентов в первой и второй половине курса лечения.

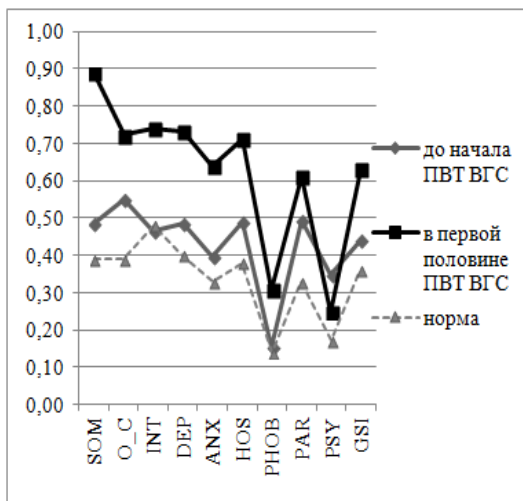


Рис. 2. Усредненные профили пациентов с ВИЧ/ВГС до и в период лечения гепатита С и здоровых испытуемых (SCL-90-R)

Заключение

Интерферонсодержащая ПВТ ВГС не связана с нарушениями структуры когнитивных функций, но может влиять на их динамику (вызывать заторможенность, истощаемость).

По результатам психодиагностики пациентов с коинфекцией ВИЧ/ВГС с фокусом на уровне стрессового воздействия и выраженности психопатологических симптомов уже в первой половине лечения ВГС следует обращать внимание на пациентов с высоким и средним уровнем стрессовой нагрузки (шкала самооценки «Жизненные события и стресс») и повышенными показателями по шкалам интерперсональной чувствительности, депрессии, тревоги, враждебности, психотизма (по SCL-90-R).

Чтобы облегчить адаптацию к изменяющейся жизненной ситуации, пациентам с коинфекцией ВИЧ/ВГС на фоне приема интерферон-содержащей терапии ВГС, особенно в первой его половине, следует обеспечить индивидуальное психологическое сопровождение.

Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. М. : Изд-во Моск. психол.-соц. института. – Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2006. – 624 с.
2. Жданов К.В., Бакулин И.Г., Гусев Д.А. [и др.] Эффективность и безопасность комбинации рибавирина и пегилированного интерферона альфа-2а у пациентов с хроническим гепатитом С: результаты двух мультицентровых, проспективных, открытых, несравнительных клинических исследований // Журнал инфектологии. – 2017. – № 4. – С. 59–68.
3. Захаров В.В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 320 с.
4. Иванец Н.Н. Депрессии при противовирусной терапии хронического гепатита С: Диагностика и дифференцированное лечение / Н.Н. Иванец, М.А. Кинкулькина, Т.И. Авдеева [и др.]. М. : ООО «Изд-во «Мед. инф. агентство», 2015. – 280 с.
5. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Колчев А.И. [и др.]. Основы клинической психологии и медицинской диагностики. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 320 с.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. – Самара : Бахрах-М, 2011. – 672 с.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М. : Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. – 224 с.
8. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективно-го спектра. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2011. – 480с.
9. Childs K., Taylor Ch., Dieterich D. [et al.]. Directly acting antivirals for hepatitis C virus arrive in HIV/hepatitis C virus co-infected patients: from ‘mind the gap’ to ‘where's the gap?’// AIDS: April 24th, 2016. – Vol. 30, Issue 7. – P. 975–989.
10. Ghany M., Strader D., Thomas D [et al.]. American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. – Hepatology, 2009. – 49. – P. 1335–1374.
11. Gohier B., Goeb J.L., Rannou-Dubas K. [et al.]. Hepatitis C, alpha interferon, anxiety and depression disorders: a prospective study of 71 patients // World J. Biol.Psichiatty. – 2003. – Vol. 4, № 3. – P. 115–118.
12. Rallon N.I., Soriono V., Naggie S. [et al.]. Полиморфизм гена *IL28B* и вирусная кинетика у ВИЧ-инфицированных больных гепатитом С при лечении пегилированным интерфероном и рибавирином // AIDS. – 2011. – Т. 4, № 2. Рус. изд. – С. 145–152.
13. Soriano V., Puoti M., Sulkowsky M. [et al.]. Care of patients coinfectd with HIV and hepatitis C virus: 2007 updated recommendations from the HCV-HIV International Panel. – AIDS. – 2007. – № 21. – P. 1073–1089.

Поступила 27.06.2018

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

Для цитирования. Кольцова О.В., Сухарева Ю.В., Гусев Д.А. Потребность в психологическом сопровождении у пациентов, коинфицированных вирусом иммунодефицита человека и вирусом гепатита С, в процессе противовирусной терапии гепатита // Вестн. психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 118–130.

THE NEED FOR PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN PATIENTS INFECTED WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS AND HEPATITIS C VIRUS, IN THE COURSE OF ANTIVIRAL THERAPY OF HEPATITIS

Koltsova O.V.^{1,2}, Sukhareva Yu.V.¹, Gusev D.A.^{1,2}

¹ Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases
(Obvodny canal Emb., 179, St. Petersburg, Russia);

² The First Pavlov State Medical University of St. Petersburg
(L. Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, Russia).

✉ Olga Vladimirovna Koltsova – PhD Psychol. Sci., head of the Department of medical and social psychology, Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases (Obvodny canal Emb., 179, St. Petersburg, 190103, Russia), assistant of the Department of General and clinical psychology, The First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (L. Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: ovkoltsova@yandex.ru;

Yuliya Vladimirovna Sukhareva – clinical psychologist, Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases (Obvodny canal Emb., 179, St. Petersburg, 190103, Russia), e-mail: julia.rusk@mail.ru;

Denis Aleksandrovich Gusev – Dr. Med. Sci., head doctor, Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases (Obvodny canal Emb., 179, St. Petersburg, 190103, Russia), Prof. of infectious diseases and epidemiology Department, The First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (L. Tolstoy Str., 6–8, St. Petersburg, 197022, Russia), e-mail: gusevden-70@mail.ru.

Abstract. Study of psychological features of patients with HIV / HCV co-infection at different stages of HCV antiviral therapy was conducted in real clinical practice. Cognitive functions were assessed using pathopsychological techniques, the level of stress was assessed using the Holmes and Rahe stress scale, the severity of psychopathological symptoms was assessed using SCL-90-R (Derogatis). Sleep disorders and fatigue are more common in patients with HIV/HCV co-infection in the first half of the course of interferon-based therapy of HCV and may be persistent until the end of treatment. This

means that in the first half of the course of interferon-based therapy in patients with HIV/HCV co-infection the manifestation of bodily dysfunction disorders of the body's basic systems can be expected. In this period of treatment depressed mood, irrational panic attacks based on concern for one's health, irritability, aggressive reactions, discomfort in the process of communication, difficulties in forming contacts with people leading to restrictive behavior can also be manifested. To facilitate adaptation to a changing life situation in the process of interferon-based therapy patients with severe psychopathological symptoms, as well as with high and medium stress levels, should be provided with individual psychological support.

Keywords: HIV, Hepatitis C virus, HIV/HCV co-infected, psychological support, SCL-90-R

References

1. Bleicher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N. Klinicheskaia patopsikholoģiia: Rukovodstvo dlia vrachei i klinicheskikh psikhologov [Clinical pathopsychology: a Guide for physicians and clinical psychologists]. Moskva, Voronezh. 2006. 624 p. (In Russ)
2. Zhdanov K.V., Bakulin I.G., Gusev D.A. [et al.]. Effektivnost' i bezopasnost' kombinacii ribavirina i pegilirovannogo interferona-2a u pacientov s hronicheskim gepatitom C: rezul'taty dvuh multicentrovnyh, prospektivnyh, otkrytyh, nesravnitelnyh klinicheskikh issledovaniy [Efficacy and safety of the combination of ribavirin and pegylated interferon alfa-2a in patients with chronic hepatitis c: the results of two multicenter, prospective, open, non-comparative clinical trials]. Jurnal infektologii [Journal of Infectology]. 2017. T.9. №4. Pp.59-68 (In Russ)
3. Zakharov V.V., Voznesenskaya T.G. Nervno-psikhicheskie narusheniya: diagnosticheskie test [Neuropsychiatric Disorders: Diagnostic Tests]. Moskva. 2013. 320 p. (In Russ)
4. Ivanec N.N., Kinkul'kina M.A., Avdeeva T.I. [et al.]. Depressii pri protivovirusnoj terapii hronicheskogo gepatita C: Diagnostika i differencirovannoe lechenie. [Depression with antiviral therapy for chronic hepatitis C: Diagnosis and differential treatment] Moskva. 2015. 280 p. (In Russ)
5. Ovchinnikov B.V., Dyakonov I.F., Kolchev A.I. [et al.]. Osnovy klinicheskoy psikhologii i meditsinskoy psikhodiagnostiki [Fundamentals of clinical psychology and medical psychodiagnosis]. Sankt- Peterburg. 2005. 320 p. (In Russ)
6. Rajgorodskij D.Ia. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. [Practical psychodiagnosics: methods and tests]. Samara. 2011. 672 p. (In Russ)
7. Rubinshtejn S.Ja. Eksperimentalnye metodiki patopsikholoģii i opyt ikh primeniya v klinike [Experimental methods psychopathology and experience of their application in clinic]. Moskva. 2010. 224 p. (In Russ)
8. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spectra [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moskva. 2011. 480 p. (In Russ)

9. Childs K., Taylor Ch., Dieterich D. [et al.]. Directly acting antivirals for hepatitis C virus arrive in HIV/hepatitis C virus co-infected patients: from 'mind the gap' to 'where's the gap?' // AIDS: April 24th, 2016. Vol. 30. Issue 7. Pp. 975–989.

10. Ghany M., Strader D., Thomas D. [et al.]. American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update. Hepatology. 2009. Vol. 49. Pp. 1335–1374.

11. Gohier B., Goeb J.L., Rannou-Dubas K. [et al.]. Hepatitis C, alpha interferon, anxiety and depression disorders: a prospective study of 71 patients // World J. Biol.Psichiatry. 2003. Vol.4, №3. Pp. 115 – 118.

12. Rallon N.I., Soriono V., Naggie S. [et al.]. Polimorfizm gena IL28B I virusnaya kinetika u HIV-inficirovannyh bolnyh gepatitom C pri lechenii pegilirovannyh interferonom i ribavirinom [IL28B gene polymorphisms and viral kinetics in HIV/hepatitis C virus-coinfected patients treated with pegylated interferon and ribavirin]. AIDS. 2011. T. 4, №2. Russkoe izdanie [Russian edition]. Pp.145-152 (In Russ).

13. Soriano V., Puoti M., Sulkowsky M. [et al]. Care of patients coinfectd with HIV and hepatitis C virus: 2007 updated recommendations from the HCV-HIV International Panel. AIDS 2007. Vol. 21. Pp.1073–1089.

Received 27.06.2018

For citing. Koltsova O.V., Sukhareva Yu.V., Gusev D.A. Potrebnost` v psikhologicheskom soprovozhdenii u pacientov, koinficirovannyh virusom immunodeficita i virusom gepatita C, v processe protivovirusnoy terapii gepatita. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 67. Pp. 118–130. **(In Russ.)**

Koltsova O.V., Sukhareva Yu.V., Gusev D.A. The need for psychological support in patients infected with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus, in the course of antiviral therapy of hepatitis. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 67. Pp. 118–130.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДО ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

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

Приведены результаты оценки качества жизни и смысложизненных ориентаций 50 пациентов до трансплантации почки с диагнозом «хроническая почечная недостаточность» (ХПН), которые находились в листе ожидания. Исследование психического состояния больных осуществлялось с помощью опросников «SF-36 Health Status Survey» и «Смысложизненные ориентации (СЖО)». Полученные результаты исследования показали, что пациенты с хронической почечной недостаточностью, находясь в листе ожидания на трансплантацию почки, компенсируют свое ухудшающееся физическое состояние увеличением социального функционирования с целью скорейшего разрешения ситуации болезни, а также переосмысливают свою жизнь, акцентируясь больше на том, что события, происходящие извне, определяют ход их жизни.

Ключевые слова: качество жизни, смысложизненные ориентации, трансплантация почки, хроническая почечная недостаточность, лист ожидания, трансплантация органов, психологическое сопровождение пациентов до трансплантации, диализ, гемодиализ.

Введение

Около 10 % от общей популяции населения России страдают хронической болезнью почек, что составляет примерно 14 млн россиян [3]. Вследствие почечной недостаточности 41,5 тыс. человек ежегодно признаются инвалидами [3]. Спектр хронических болезней почек за последние десятилетия существенно расширился в связи с общим старением населения и ростом заболеваемости артериальной гипертонией, сахарным диабетом и атеросклеро-

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

Лысенко Юлия Сергеевна – психолог прием. отделения науч.-исслед. ин-та скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Б. Сухаревская пл., д.3), e-mail: juliachubukova@mail.ru.

зом с учащением сосудистых поражений почек. Как следствие, отмечается тенденция к неуклонному росту числа больных, страдающих хронической почечной недостаточностью (ХПН), в том числе в терминальной стадии [2, 6, 8].

Заболевание почки в терминальной стадии – это тяжелейший стресс для человека в любом возрасте, независимо от гендерной принадлежности, рода деятельности и социального статуса. Заместительная почечная терапия (диализ) позволяет поддерживать функцию почек, пока пациент находится в листе ожидания на трансплантацию почки. Но с учётом различного протекания данного заболевания и переносимости диализа пациенты оказываются лицом к лицу с проблемой, к которой совершенно не были готовы, что впоследствии, несмотря на временное улучшение состояния, приводит к выраженной социальной дезадаптации [1].

В ситуации хронической болезни вся система жизнедеятельности человека претерпевает существенные изменения, что непосредственно отражается на его восприятии различных сфер жизни и удовлетворенности ими, а также на ценностно-мотивационной сфере личности [1, 6].

В настоящее время проводятся исследования по изучению психологического статуса, качества жизни и социально-психологических проблем пациентов с ХПН [1, 2, 6, 8]. Однако применительно к больным с ХПН, нуждающимся в трансплантации почки и находящимся в листе ожидания на ее проведение, такие исследования психологами практически не проводились.

Целью нашего исследования является анализ качества жизни и смысложизненных ориентаций у пациентов с выраженной хронической почечной недостаточностью, находящихся в листе ожидания на трансплантацию почки.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе отделения трансплантации почки и поджелудочной железы НИИ им. Н.В. Склифосовского. Обследовано 50 пациентов до трансплантации почки с диагнозом «хроническая почечная недостаточность» (ХПН), которые находились в листе ожидания. Средний возраст пациентов: $41,34 \pm 10,85$ лет.

Качество жизни (КЖ) оценивали при помощи опросника «SF-36 Health Status Survey», предназначенного для всестороннего анализа КЖ больных [4]. Применяли российскую версию опросника, адаптация и валидизация которой

проведены в Институте клинико-фармакологических исследований в Санкт-Петербурге [4].

«SF-36 Health Status Survey» включает 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал. Шкалы опросника оценивают физическое функционирование, способность справляться с физическими нагрузками, выраженность ограничений в повседневной деятельности из-за физического и эмоционального состояния, интенсивность боли, социальное функционирование, психическое здоровье, энергичность, общее состояние здоровья (физическое и психологическое). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов представляют полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [4].

Смысложизненные ориентации пациентов оценивали при помощи методики «Смысложизненные ориентации» (СЖО) Д.А. Леонтьева [5]. Тест «Смысложизненные ориентации» (СЖО) включает в себя 20 вопросов, отражающих общий показатель осмысленности жизни и конкретные смысложизненные ориентации (5 субшкал): цели в жизни, интерес к жизни, удовлетворенность жизнью, локус контроля – Я (собственные силы), локус контроля – Жизнь (управляемость жизни).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программ Microsoft Office Excel 2010, SPSS for Windows Version 22.0. Применялись дескриптивный анализ (вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD) и ошибок средних значений (m)) [7].

Результаты и их обсуждение

Данные, полученные при помощи опросника «Качество жизни», представлены в табл. 1, в которой приведены результаты статистического сравнения показателей теста «Качество жизни» у пациентов с ХПН, находящихся в листе ожидания на трансплантацию почки, и репрезентативной выборкой здорового населения, по данным литературы [4].

Таблица 1

Результаты сравнения показателей теста «Качество жизни» у пациентов с ХПН, находящихся в листе ожидания на трансплантацию почки, и здоровых лиц, (M ± m)

Качество жизни	Группа пациентов с ХПН (n=50)	Здоровые люди [4] (n=2114)	p <
Физическое функционирование (ФФ)	72,23 ± 2,90	79,6 ± 0,48	0,01
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ)	57,02 ± 5,55	64,9 ± 0,81	0,05
Интенсивность боли (ИБ)	76,40 ± 3,50	66,4 ± 0,54	0,01
Общее состояние здоровья (ОЗ)	49,62 ± 2,55	54,1 ± 0,42	0,05
Жизненная активность (ЖА)	63,94 ± 2,83	56,2 ± 0,40	0,01
Социальное функционирование (СФ)	82,14 ± 3,17	68,0 ± 0,48	0,001
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭ)	80,80 ± 4,26	66,5 ± 0,80	0,01
Психическое здоровье (ПЗ)	70,51 ± 2,42	58,0 ± 0,36	0,001

Значительное ухудшение отмечается по показателям общего состояния здоровья, что влияет на снижение ролевого и физического функционирования. Из-за ухудшения общего состояния здоровья и выраженного болевого синдрома у пациентов снижается способность к выполнению видов деятельности, связанных с физическими нагрузками, такими как ходьба, поднятие тяжестей или подъем по лестнице. Физическое состояние начинает ограничивать повседневную деятельность пациентов. При этом отмечается повышение по таким шкалам, как «Жизненная активность», «Социальное функционирование», «Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Психическое здоровье». Увеличение показателей данных шкал может свидетельствовать о том, что пациенты, столкнувшись с физическими ограничениями на фоне болевого синдрома и ухудшения состояния здоровья, начинают компенсировать свое состояние. В связи с возросшим желанием вылечиться и победить свою болезнь пациенты увеличивают свою социальную активность (поиск решения). Все эмоции и жизненная энергия направлены на борьбу с болезнью.

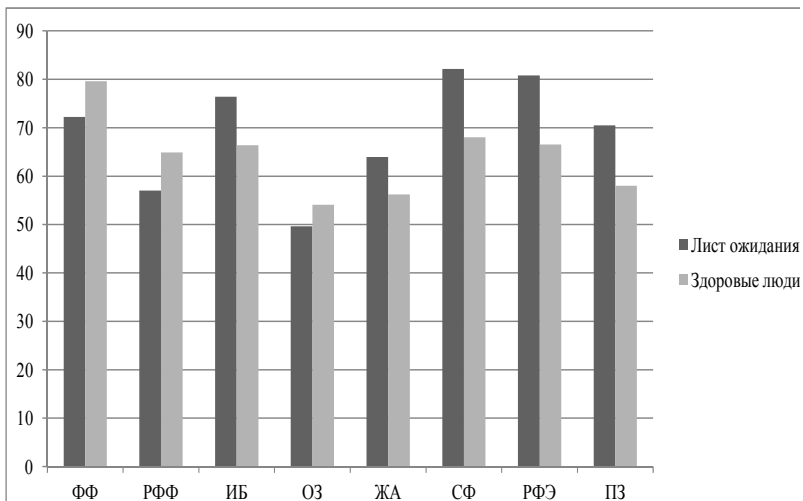


Рис.1. Профиль субшкал теста «SF-36» (Качество жизни) у пациентов с ХПН, находящихся в листе ожидания на трансплантацию почки, и здоровых лиц

Д.А. Леонтьев [5] отмечает, что, по имеющимся на сегодняшний день данным, «Цель в жизни» не обнаруживает устойчивых связей с полом, возрастом, уровнем образования, IQ, религиозностью и доходом. Тем не менее Д.А. Леонтьев [5] предлагает средние и стандартные отклонения показателей СЖО здоровых людей по гендерному признаку (отдельно у мужчин и женщин). В нашем исследовании отбор пациентов по гендерному признаку не проводился, однако полученные данные позволяют провести такое сравнение. В табл. 2 представлены данные, полученные при помощи опросника «Смысло-жизненные ориентации» (СЖО). Мы сравнили их с выборкой психически здоровых лиц [4].

Таблица 2

Результаты сравнения показателей теста СЖО у мужчин и женщин – пациентов с ХПН и здоровых лиц, ($M \pm m$)

Смысложизненные ориентации	Мужчины		Женщины	
	Группа пациентов с ХПН «Лист ожидания» (n = 27)	Здоровые люди (n = 100)	Группа пациентов с ХПН «Лист ожидания» (n = 23)	Здоровые люди (n = 100)
Цели	32,41 ± 1,34	32,90 ± 0,59	32,95 ± 7,95	29,38 ± 0,62*
Процесс	29,56 ± 1,45	31,09 ± 0,44	29,86 ± 8,75	28,80 ± 0,61
Результат	25,15 ± 1,24	25,46 ± 0,43	25,57 ± 6,96	23,30 ± 0,50
Локус контроля – Я	20,44 ± 0,88	21,13 ± 0,39	21,14 ± 5,66	18,58 ± 0,43*
Локус контроля – Жизнь	28,74 ± 1,39	30,14 ± 0,58	29,95 ± 8,12	28,70 ± 0,61
Общий показатель СЖО	105,70 ± 4,42	103,10 ± 1,53	104,57 ± 5,01	95,76 ± 1,65*

Мы видим, что в выборке пациентов с ХПН средние показатели субшкал у мужчин и женщин достоверно не отличаются. При сравнении с группой здоровых людей можно увидеть, что общий показатель СЖО больше как у мужчин, так и у женщин. К сожалению, на имеющейся у нас выборке невозможно проследить более значимые отличия между двумя группами по другим шкалам. Это может быть обусловлено количественным фактором, а также тем, что мы не производили отбор испытуемых по признаку пола. Однако в данном случае у нас есть возможность для дальнейшего продолжения исследований с учетом данного признака. Поэтому мы решили рассмотреть полученные данные всей группы пациентов с ХПН без гендерного разделения (табл. 3).

Таблица 3

Показатели теста СЖО у пациентов с ХПН, находящихся в листе ожидания на трансплантацию почки, и их ранговая значимость, (M ± SD)

Смыслоразностные ориентации	Группа пациентов с ХПН (n = 50)	Ранговая значимость (R)
Цели в жизни	32,96 ± 7,08	1
Процесс	29,94 ± 7,91	2
Результат	25,70 ± 6,17	4
Локус контроля – Я	20,91 ± 4,96	5
Локус контроля – Жизнь	29,64 ± 7,21	3
Общий показатель СЖО	106,23 ± 22,54	

Мы видим, что наиболее низкие средние значения наблюдаются по шкале «Локус контроля – Я» (20,91; R = 5), а наиболее высокие средние значения по шкале «Цели в жизни» (32,96; R = 1). Данное сочетание шкал характеризует пациентов с ХПН (в листе ожидания) как людей, которые видят цель в своем будущем, в своем лечении, но при этом их планы не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за их реализацию. Средние значения по остальным шкалам опросника СЖО достаточно высокие: «Процесс» (29,94; R = 2), «Локус контроля – Жизнь» (29,64; R = 3), «Результат» (25,70; R = 4), общее значение СЖО (106,23). Общие средние значения СЖО наших обследованных пациентов с ХПН достаточно высокие. Такие пациенты считают свою жизнь осмысленной, эмоционально насыщенной и продуктивной. Они удовлетворены прожитой частью жизни; убеждены в том, что человек способен управлять своей жизнью, но при этом не верят в свои силы относительно контроля жизненных событий. Этот аспект может быть вызван возникновением неожиданной ситуацией болезни и постановкой диагноза.

Заключение

Изменение психологического статуса у пациентов с ХПН, нуждающихся в трансплантации почки, возникающее в виде ответной реакции на постановку диагноза, ожидание трансплантации и отсутствие психологической помощи, приводят к ухудшению их физического и психологического состояния,

снижению качества жизни, изменению личностной структуры (ценностно-мотивационной и эмоциональной сфер, стратегий совладания со стрессом) и препятствуют достижению полноценного эффекта от лечения (снижение приверженности пациента к лечению).

Результаты исследования показали, что пациенты с хронической почечной недостаточностью, находясь в листе ожидания на трансплантацию почки, компенсируют свое ухудшающееся физическое состояние увеличением социального функционирования с целью скорейшего разрешения ситуации болезни, а также переосмысливают свою жизнь, акцентируясь больше на том, что события, происходящие извне, определяют ход их жизни.

Литература

1. Васильева И.А. Качество жизни больных на хроническом гемодиализе // Нефрология. – 2005. – № 3. – С. 48–54.
2. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н. Социально-гигиеническая характеристика и психологические особенности пациентов, находящихся на гемодиализе // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2016. – № 8–2. – С. 164–166.
3. Готье С.В., Хомяков С.М., Планирование объемов финансирования на заместительную почечную терапию (гемодиализ и трансплантация почки) // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2017. – № 19 (3). – С. 19–20
4. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / под ред. Ю.Л. Шевченко. – М. : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 42 с.
5. Леонтьев Д.А. Тест смысловых ориентаций (СЖО). – 2-е изд. – М. : Смысл, 2000. – 18 с.
6. Петрова Н.Н., Корсева Е.Е., Шишкин А.Н. Психические расстройства и комплаенс пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих заместительную терапию методом хронического гемодиализа // Психические расстройства в общей медицине. – 2015. – № 4. – С. 22–26.
7. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
8. Concetta De Pasquale, Massimiliano Veroux, Luisa Indelicato, Nunzia Sinagra, Lessia Giaquinta, Michele Fornaro, Pierfrancesco Veroux, and Maria L. Pistorio // Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. World J Transplant. – 2014. – Dec 24. – 4 (4). – Pp. 267–275. Published online 2014 Dec 24. doi: 10.5500/wjt.v4.i4.267 PMID: PMC4274596.

Поступила 01.06.2018#

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

Для цитирования. Микита О.Ю., Лысенко Ю.С. Качество жизни и смысло-жизненные ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки // Вестн. психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 131–140.

QUALITY OF LIFE AND LIFE ORIENTATIONS OF PATIENTS WITH CHRONIC
RENAL FAILURE BEFORE KIDNEY TRANSPLANTATION

Mikita O.Yu., Lysenko Yu.S.

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

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

Julia Sergeevna Lysenko – psychologist of Sklifosovsky research institute of emergency medicine (Bolshaya Sukharevskaya sq., 3, Moscow, 129090, Russia), e-mail: juliachubukova@mail.ru.

Abstract. This article presents the results of assessing the quality of life and life orientations of 50 patients before kidney transplantation diagnosed with chronic renal failure, who were on the waiting list. The study of the mental state of patients was carried out with the help of questionnaires: "SF-36 Health Status Survey" and "Life orientations". The results of the study showed that patients with chronic renal insufficiency, while on the waiting list for kidney transplantation, compensate for their deteriorating physical condition by increasing social functioning in order to resolve the situation of the disease as soon as possible, and also rethink their lives, focusing more on the fact that events occurring from the outside, determine the course of their life.

Keywords: quality of life, life orientations, kidney transplantation, chronic renal failure, waiting list, organ transplantation, psychological support of patients before transplantation, dialysis, hemodialysis.

References

1. Vasil'eva I.A. Kachestvo zhizni bol'nykh na khronicheskom gemodialize [Quality of life of patients on chronic hemodialysis]. *Nefrologiya* [Nephrology]. 2005. N 3. Pp. 48–54. (In Russ)
2. Gerasimova O.Yu., Semchenko L.N. Sotsial'no-gigienicheskaya kharakteristika i psikhologicheskie osobennosti patsientov, nakhodyashhikhsya na gemodialize [Socio-hygienic characteristics and psychological characteristics of patients on hemodialysis].

Aktual'nye problemy gumanitarnykh i estestvennykh nauk [Actual problems of Humanities and natural Sciences]. 2016. N 8–2. Pp. 164–166. (In Russ)

3. Got'e S.V., Khomyakov S.M., Planirovanie ob'emov finansirovaniya na zames-titel'nuyu pochechnuyu terapiyu (gemodializ i transplantatsiya pochki) [Planning funding for renal replacement therapy (hemodialysis and kidney transplantation)]. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov* [Journal of Transplantology and artificial organs]. 2017. N 19 (3). Pp. 19–20. (In Russ)

4. Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [Guide-lines for the study of quality of life in medicine]. Ed. Yu.L. Shevchenko. Moskva. 2007. 42 p. (In Russ)

5. Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennye orientatsii (SZHO) [Test of life-meaningful orientations]. Moskva. 2000. 18 p. (In Russ)

6. Petrova N.N., Korseva E.E., Shishkin A.N. Psikhicheskie rasstrojstva i kom-plaens patsientov s khronicheskoy pochechnoj nedostatochnost'yu, poluchayushhikh zameshtitel'nuyu terapiyu metodom khronicheskogo gemodializa [Mental disorders and compliance of patients with chronic renal insufficiency receiving replacement therapy by chronic hemodialysis]. *Psikhicheskie rasstrojstva v obshhej meditsine* [Mental disorders in general medicine]. 2015. N 4. Pp. 22–26. (In Russ)

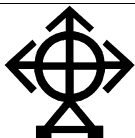
7. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoy obrabotki v psikhologii [Methods of mathematical processing in psychology]. Sankt-Peterburg. 2007. 350 p. (In Russ)

8. Concetta De Pasquale, Massimiliano Veroux, Luisa Indelicato, Nunzia Sinagra, Lessia Giaquinta, Michele Fornaro, Pierfrancesco Veroux and Maria L Pistorio Psycho-pathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. *World J Transplant.* 2014. Dec 24. 4(4). Pp. 267-275. Published online 2014 Dec 24. doi: 10.5500/wjt.v4.i4.267 PMID: PMC4274596.

Received 01.06.2018

For citing. Mikita O.Yu., Lysenko Yu.S. Kachestvo zhizni i smyslozhiznennye orientatsii patsientov s khronicheskoy pochechnoj nedostatochnost'yu do transplantatsii pochki. *Vestnik psikhoterapii.* 2018. N 67. Pp. 131–140. (In Russ.)

Mikita O.Yu., Lysenko Yu.S. Quality of life and life orientations of patients with chronic renal failure before kidney transplantation. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2018. N 67. Pp. 131–140.



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 психо-

логии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <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: rvikigina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника Сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18 лит.Д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника Сервис»

с оригинал-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18 лит. Д.

Подписано в печать 24.09.2018. Печать – ризография.

Бумага офсетная. Формат 60/84/16. Тираж 1000 экз.

Объем 9,0 п. л. Заказ 18615.