

ISSN 1993-1298

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ
ЧУВАШИИ

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii
The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology
Психиатрине психологин чăваш хыпарçи

Том 12 • № 1
Volume 12 • Number 1

2016

Вестник психиатрии и психологии Чувашии

**Ежеквартальный
рецензируемый научно-
практический журнал**

Издается с 2005 года

Учредитель и издатель –
ФГБОУ ВПО «Чувашский
государственный
университет
имени И.Н. Ульянова»

Издается при содействии
Чувашской ассоциации
психиатров, наркологов,
психотерапевтов,
психологов

Осуществляет
информационную
поддержку Российского
общества психиатров
и Российского
психологического
общества

Журнал представлен
в РИНЦ (Российский
индекс научного
цитирования),
Ulrich's Periodicals Directory

Адрес редакции:
428015 Чебоксары,
Московский пр., 15

Тел. (8352) 45-20-96;
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Главный редактор

д-р мед. наук Е.Л. Николаев (Чебоксары, Россия)

Зам. главного редактора

проф. А.В. Голенков (Чебоксары, Россия)

Редакционная коллегия

канд. мед. наук И.Е. Булыгина (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Г.Г. Вербина (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук Д.В. Гартфельдер (Чебоксары, Россия)

проф., акад. РАО Г.Г. Граник (Москва, Россия)

канд. психол. наук А.Н. Захарова (Чебоксары, Россия)

д-р психол. наук Е.Р. Исаева (Санкт-Петербург, Россия)

проф. А.М. Карпов (Казань, Россия)

д-р психол. наук Н.А. Кравцова (Владивосток, Россия)

проф. В.Н. Краснов (Москва, Россия)

канд. мед. наук Ф.В. Орлов (Чебоксары, Россия)

канд. психол. наук С.А. Петунова (Чебоксары, Россия)

Редакционный совет

проф. Н.В. Агазаде (Баку, Азербайджан)

проф. А.А. Александров (Санкт-Петербург, Россия)

проф. М.А. Асимов (Алматы, Казахстан)

канд. мед. наук И.Н. Бабурин (Санкт-Петербург, Россия)

канд. психол. наук С.Н. Ениколопов (Москва, Россия)

д-р мед. наук Ю.В. Игнатъев (Белиц, Германия)

проф. С.А. Игумнов (Минск, Белоруссия)

д-р мед. наук К.А. Идрисов (Грозный, Россия)

проф. В.И. Коростий (Харьков, Украина)

канд. психол. наук М.А. Кулыгина (Москва, Россия)

д-р мед. С. Лесинскене (Вильнюс, Литва)

канд. психол. наук В.А. Микаелян (Ереван, Армения)

канд. мед. наук Е.С. Молчанова (Бишкек, Кыргызстан)

д-р мед. К. Мураяма (Фукуока, Япония)

д-р мед. наук Д.М. Мухамадиев (Душанбе, Таджикистан)

канд. психол. наук Е.И. Первичко (Москва, Россия)

канд. мед. наук Г. Резвый (Будё, Норвегия)

проф. В. Рутц (Стокгольм, Швеция)

проф. Т. Сёрли (Тромсё, Норвегия)

проф. О.А. Скугаревский (Минск, Белоруссия)

д-р филос. С. Эванс (Нью-Йорк, США)

проф. Л.Н. Юрьева (Днепропетровск, Украина)

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2016

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii

**Quartely
peer reviewed research
and clinical practice journal**

Since 2005

Founder and publisher:
The Ulianov Chuvash
State Univerity

The journal is published
with assistance of
the Chuvash Association
of psychiatrists,
narcologists,
psychotherapists,
psychologists

The journal provides
information support
for the Russian
Society of Psychiatrists
and the Russian
Psychological Society

The journal is presented
in Russian Science
Citation Index,
Ulrich's Periodicals
Directory
data bases

Editorial Office:
15 Moskovskiy pr.,
Cheboksary, 428015, Russia

Tel: +7 (8352) 45-20-96
(8352) 45-20-31 (24-02)

E-mail: pzdorovie@bk.ru
vestnik@chuvsu.ru
<http://vppc.chuvsu.ru>

Editor-in-chief

E. Nikolaev, M.D., Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

Deputy editor

A. Golenkov, M.D., prof. (Cheboksary, Russia)

Editorial Board

I. Bulygina, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

G. Granik, prof., RAE academician (Moscow, Russia)

D. Hartfelder, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

E. Isayeva, Dr. Sci. (St. Petersburg, Russia)

A. Karpov, M.D., prof. (Kazan, Russia)

V. Krasnov, M.D., prof. (Moscow, Russia)

N. Kravtsova, Dr. Sci. (Vladivostok, Russia)

F. Orlov, M.D., Ph. D. (Cheboksary, Russia)

S. Petunova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

G. Verbina, Dr. Sci. (Cheboksary, Russia)

A. Zakharova, Ph. D. (Cheboksary, Russia)

International Editorial Council

N. Agazade, M.D., prof. (Baku, Azerbaijan)

A. Aleksandrov, M.D., prof. (St. Petersburg, Russia)

M. Assimov, M.D., prof. (Almaty, Kazakhstan)

I. Baburin, M.D., Ph. D. (St. Petersburg, Russia)

S. Enikolopov, Ph.D. (Moscow, Russia)

S. Evans, Ph.D. (New-York, USA)

K. Idrisov, M.D., Dr. Sci. (Russia)

Yu. Ignatyev, M.D., Dr. Sci. (Beelitz, Germany)

S. Igumnov, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

V. Korostiy, M.D., prof. (Kharkov, Ukraine)

M. Kulygina, Ph.D. (Moscow, Russia)

S. Lesinskiene, M.D., Ph. D. (Vilnius, Lithuania)

V. Mikaelyan, Ph.D. (Yerevan, Armenia)

E. Molchanova, M.D., Ph. D. (Bishkek, Kyrgyzstan)

D. Mukhamadiev, M.D., Dr. Sci. (Dushanbe, Tajikistan)

K. Murayama, M.D., Ph. D. (Fukuoka, Japan)

E. Pervichko, Ph. D. (Moscow, Russia)

G. Rezvy, M.D., Ph. D. (Bodø, Norway)

W. Rutz, M.D., prof. (Stockholm, Sweden)

O. Skugarevsky, M.D., prof. (Minsk, Belarus)

T. Sørli, M.D., prof. (Tromsø, Norway)

L. Yur'yeva, M.D., prof. (Dnepropetrovsk, Ukraine)

Содержание

От редактора

- 6 Являемся ли мы свидетелями новых зависимостей?..
Е.Л. Николаев

Социальная и клиническая психиатрия

- 17 Cooperation between specialized mental health services
and general practitioners in Arkhangelsk county:
the «Pomog model»
*G.G. Rezvy, E.A. Andreeva, N.N. Ryzhkova, V.A. Yashkovich,
E.N. Belaya, V.V. Popov, T. Sørлие*

Вопросы аддиктологии

- 25 Крапомания – древняя и непризнанная зависимость
А.М. Карпов
- 42 Системная детерминация созависимости:
некоторые подходы к объяснению феномена
С.А. Осинская, Н.А. Кравцова
- 57 Проблема ответственности в работе с больным
в наркологической практике: литературный обзор
А.В. Шевцов

Психотерапия и психопрофилактика

- 76 Рецидив при аддикциях и психосоматических заболеваниях:
алгоритм диагностики и тактика психопрофилактики
С.А. Кулаков
- 87 Передача травмы ребёнку в семье как фокус работы
в интегративной детской психотерапии
И.А. Симоненко

Личность и болезнь

- 104 Полезависимость – полenezависимость
как фактор социальной адаптации
на инициальном этапе параноидной шизофрении
О.С. Куликова
- 120 Характеристики осознанной саморегуляции
у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями
Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

- 133 **Информация для авторов**

Contents

Editorial

- 6 Do we witness new addictions?..

E. Nikolaev

Social and clinical psychiatry

- 17 Cooperation between specialized mental health services and general practitioners in Arkhangelsk county: the «Pomor model» (in English)

G. Rezvy, E. Andreeva, N. Ryzhkova, V. Yashkovich, E. Belaya, V. Popov, T. Sørli

Addictology issues

- 25 Cratomania: an ancient and unrecognized addiction

A. Karpov

- 42 Systematic determination of codependence: some approaches to the phenomenon explanation

S. Osinskaya, N. Kravtsova

- 57 The problem of responsibility in work with patients in addiction medicine practice: literature review

A. Shevtsov

Psychotherapy and prevention

- 76 Relapse in addiction and psychosomatic disease: diagnostic algorithm and prevention tactics

S. Kulakov

- 87 Transfer of injury to a child in the family as the focus of work in integrative child psychotherapy

I. Simonenko

Personality and disease

- 104 Field-dependence / field-independence as a factor of social adaptation in first episode of paranoid schizophrenia

O. Kulikova

- 120 The characteristics of conscious self-regulation in patients with cardiovascular disease

E. Lazareva, E. Nikolaev

- 133 **Instructions for contributors**

УДК 616.89-008.441.1

ББК Ю974.2

ЯВЛЯЕМСЯ ЛИ МЫ СВИДЕТЕЛЯМИ НОВЫХ ЗАВИСИМОСТЕЙ?..

Е.Л. Николаев

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Проблема зависимостей является основной темой нескольких научных статей, опубликованных в данном номере. Они посвящены актуальным вопросам клиники и диагностики, лечения и системным аспектам профилактики зависимого поведения. Повышенный интерес исследователей к изучению зависимостей сегодня не случаен. Ещё несколько десятилетий назад спектр патологических форм зависимого поведения чаще всего определялся психопатологическими и соматическими последствиями избыточного потребления психоактивных веществ, в основном алкоголя, табака, наркотиков, токсических веществ.

К настоящему времени палитра форм и вариантов зависимого поведения стала крайне разнообразной и изменчивой. Ежегодно появляется множество научных описаний новых психопатологических феноменов, связанных не столько с приемом неизвестных ранее химических веществ, сколько с новыми формами деятельности или новыми возможностями человека в современных условиях. Эти возможности связаны как с получением широкого доступа к разнообразным технологическим новинкам, так и широтой средств создания у человека иллюзии более полного и быстрого удовлетворения извечных потребностей в общении, защищённости, признании, любви, творчестве, развитии.

У многих возникает закономерный вопрос: являются ли данные формы поведения патологическими и можно ли отнести их к новым формам психопатологических нарушений, которые традиционно классифицируются как зависимости (получившие в последние годы параллельное наименование – аддикции). Насколько эпоха новых возможностей для человека стала временем появления новых зависимостей для него? Попытаемся приблизиться к ответу на этот неоднозначный вопрос, рассмотрев спектр различных мнений, представленных в зарубежной научной печати по данной теме.

Одной из современных широко распространённых технологических возможностей стал Интернет, вошедший во многие стороны нашей жизни. Им широко пользуются не только взрослые, но и дети, в том числе для выполнения заданий, связанных с обучением. Неудивительно, что среди пользователей интернета возрастает риск формирования зависимого поведения – *кибераддикции*. Так, исследование 475 финских подростков – пользователей Интернета, выявило среди них как обычных (14,3%) и умеренных пользователей (61,5%), так и его избыточных пользователей (24,2%). Наиболее распространённой причиной пользования Интернетом сами подростки называют развлечения. Половина всех подростков вполне осознанно указывает на недостатки, связанные с использованием Интернета – он отнимает много времени, оказывает вредное воздействие на психическую, социальную и физическую сферы, снижает посещаемость школы. Из четырёх обнаруженных в исследовании факторов интернет-зависимости два из них имеют отношение к полу подростка [16].

Наверное, более распространённой технологией, чем Интернет, сегодня является мобильная связь. В современных смартфонах технологические возможности дистанционной связи объединены с возможностями компьютера и Интернета. Именно поэтому эти гаджеты пользуются особой популярностью среди нового поколения. Помимо сотовой связи, они предлагают множество разнообразных функций – Интернет, компьютерные игры, музыкальный плеер, функции фото- и видеокамеры и др. В связи с чем молодёжь проводит все больше времени со своими смартфонами. Исследование 263 школьников, проведённое в Венгрии, прояснило ситуацию с характером пользования смартфонами. Установлено, что среднее время пользования школьником смартфоном составляет 4,48 ч в день (для мальчиков – 3,40 ч, для девочек 5,39 ч). К возрасту 16 лет время пользования смартфоном возрастает до 6,35 ч в день. Самыми используемыми функциями смартфона являются телефонные звонки и социальные сети. Время пользования смартфоном в возрасте 17–19 лет положительно связано с импульсивностью, тревожностью и депрессией, дефицитом внимания и соматическими проблемами. Причиной избыточного пользования смартфоном указана потребность посещения социальных сетей, которые рассматриваются здесь как объект аддикции, что способствует развитию *зависимости от социальных сетей* [11].

В использовании объективных преимуществ мобильной связи начинает просматриваться и оборотная сторона, которая имеет от-

ношение к психическому здоровью. Исследователи все больше начинают говорить о таком негативном эффекте как *номофобия* – тревоге, боязни, страхе остаться даже на короткое время без мобильного телефона. По данным исследователей, признаки номофобии характерны для 73% студентов, у 83% отмечены панические атаки в связи с резкой необходимостью поиска телефона при его отсутствии на обычном месте [15]. Не похоже ли это состояние на абстиненцию при алкоголизме или наркомании, когда зависимый лишается психоактивного вещества с последующими негативными психическими и соматическими реакциями и последствиями?

Еще одной темой, находящей все большее освещение на страницах научной печати (в том числе нашего издания¹), становится проблема *трудоголизма* (*работоголизма*) как патологической зависимости. Сегодня профессиональная деятельность человека начинает приобретать все более «одержимый» характер, что во многом связано с социальными влияниями. С одной стороны, когда в условиях современного уклада экономики спрос на товары и услуги стимулируется искусственно при помощи манипуляционных технологий, человек сталкивается с необходимостью постоянно думать о заработке, чтобы своевременно и сполна удовлетворять часто навязанные извне потребности, что невозможно без повышения интенсивности труда. С другой стороны, в современном обществе поощряется перфекционизм, конкурентная борьба и постоянное стремление к успеху, измеряемому карьерными и финансовыми показателями. В таких условиях у человека с детства культивируется сверхценное отношение к работе, что является питательной средой для формирования трудоголизма.

Игнорирование проблемы работоголизма работодателями и обществом может напрямую вести к негативным для здоровья работника последствиям. В странах Восточной Азии описаны сотни случаев смерти от переутомления на работе – сверхурочных, работы в выходные и праздничные дни, дополнительной работы и др. Данный феномен в Японии получил название *каро́си* (*karoshi*). Впервые на него обратили внимание еще в 1980-е годы и связали с ухудшением здоровья работника в связи с высокой интенсивностью и продолжительностью труда. Наиболее частой

¹ Юрьева Л.Н. Трудоголизм: факторы риска развития и признаки патологической зависимости // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 17–26.

причиной смерти при кароси являются сердечно-сосудистые проблемы, в том числе инсульты [8]. Кароси, завершающийся самоубийством в результате чрезмерной работы, получил самостоятельное название *каросисацү* (karojisatsu) [6, 9]. Данный феномен встречается не только в Японии. Его случаи также описаны на Тайване [8] и в Южной Корее [20].

Опасность работоголизма сегодня осознается специалистами во всем мире, в связи с чем совершенно справедливо ставится вопрос о создании системы специализированной медицинской службы [12], разработке эффективного инструментария по его диагностике [14], решении вопросов ранней профилактики [8, 19].

Современная эпоха характеризуется повышенным интересом к спорту, правда, чаще как к яркому и будоражающему зрелищу. В свою очередь, занятия спортом, в особенности профессиональным, стали не столько средством укрепления здоровья, сколько изнурительной борьбой, ориентированной исключительно на высокие доходы. По сути, сегодняшний спорт для атлета – это труд высокой интенсивности, порой на пределе человеческих возможностей. В то же время о проблеме работоголизма в спорте до сих пор речь не идет. Тем не менее работоголизм в спорте все-таки существует, хотя и принимает здесь специфические черты.

С учетом того, что возможности человеческого организма не безграничны, а рост спортивных достижений продолжается беспрерывно, на повестку дня все чаще выходят вопросы фантастических возможностей биохимической индустрии и технологий применения спортсменами допинга и его обнаружения. Некоторые исследователи в отношении допинга предлагают отойти от двух крайних позиций – запретительной и разрешительной и остановиться на третьей. Согласно ей, к спортсмену, употребляющему допинг, применимы те же категории, что и к зависимому от ПАВ – случайное употребление, привычное употребление и зависимость [3]. И тогда спортсменов, употребляющих допинг, предлагается рассматривать как потенциальных *допинг-аддиктов*, требующих лечения, а не преследования и наказания [2].

Патогенный эффект анаболических стероидов при их приеме спортсменами отражается в появлении у них целого ряда психопатологических проявлений – соматоформных нарушений, нарушений пищевого поведения, расстройств настроения и шизофреноподобных расстройств. В связи с чем остается вопрос, нуждающийся в дальнейшем исследовании – обусловлены ли эти наруше-

ния у спортсменов приемом анаболических стероидов или, напротив, такие спортсмены представляют собой людей, изначально имевших определенные психические нарушения и стремившихся улучшить свой вес и внешний вид и начавших для этого прием анаболических стероидов. В пользу последнего предположения свидетельствует дестабилизирующее влияние анаболических стероидов на настроение (маниакальные состояния при приеме и депрессии при отмене приема), а также связь их приема с психическими проявлениями [13].

Еще одной формой зависимого поведения, характерной для современной эпохи, является *мышечная дисморфобия* (мышечная дисморфия). Она более распространена у мужчин и проявляется нарушением восприятия образа собственного тела – недовольством развитием своей мышечной системы, ее внешним видом, убежденностью в том, что человек выглядит слабым, маленьким и недостаточно мускулистым. Все это наблюдается на фоне нормальной или хорошо развитой мышечной системы. Данное расстройство может относиться к дисморфобическим нарушениям, нарушениям пищевого поведения или обсессивно-компульсивным расстройствам. Предлагается также классифицировать его как *зависимость от образа тела* [4]. Может часто встречаться у атлетов [13].

Сексуальная зависимость, по мнению Р. Hall, представляет собой феномен, который имеет целый ряд наименований и еще больше значений в зависимости от контекста употребления. Каждая из этих интерпретаций оказывает особое влияние на пациентов, которые обращаются за помощью. Существует множество различных моделей наркомании – биологические, социальные, моральные, которые не всегда подходят для объяснения сексуальной зависимости. Ориентир на многоуровневую модель зависимости врача и пациента может помочь лучше понять различные проявления данной формы компульсивного поведения [5].

Американское общество аддиктивной медицины (ASAM) с опорой на достижения наук о мозге рассматривает включение таких процессуальных зависимостей, как поведенческие проблемы пищевого, сексуального характера, шоппинг и гемблинг в более широкое понятие аддикций [17].

Взросшее внимание клиницистов, исследователей и общества к проблеме нехимических зависимостей во многом связано с увеличением числа клинических случаев нарушений контроля импульсов.

Клинические проявления этих расстройств довольно разнообразны и включают различные виды компульсивной деятельности: гэмблинг, прием пищи, сексуальная активность, шоппинг, пользование интернетом, видеоигры, физические упражнения, работа, любовные отношения. Более того, отсутствует единство в научной квалификации данных состояний. Нередко наряду с понятием «расстройство контроля импульсов» в отношении этих состояний также используются такие наименования, как «поведенческие аддикции», «процессуальные аддикции», «импульсивно-компульсивное поведение». Разница в подходах к квалификации состояния часто обуславливает различия в терапевтических подходах [7].

Часть авторов придерживается мнения, что растущее число исследований зависимого поведения, ведущее к выявлению все «новых» поведенческих аддикций, отражает процесс сверхпатологизации специалистами повседневной жизненной деятельности человека. Многие из этих исследований имеют явные методологические и теоретические недостатки. Именно поэтому при планировании программ изучения зависимостей необходимо переходить от критериального подхода к подходам, опирающимся на глубокое исследование психологических процессов [1].

Данное предложение дополняется мыслью о необходимости принимать во внимание не только личностные характеристики аддикта (утрата самоконтроля, импульсивность), относящиеся к модели болезни. Очень важно учитывать социальные детерминанты зависимого поведения (слабые социальные связи, социальная изоляция, сверхиндивидуализм, бедность, безработицу и др.). Более того, традиционная модель зависимости как болезни выводит аддиктивное поведение за пределы культурно-исторического контекста его формирования, который совершенно необходимо тщательно учитывать [18].

Так все-таки насколько патогенны новые поведенческие зависимости? Насколько настороженно стоит относиться к ним? Считаю важным обратить внимание на результаты пятилетнего лонгитюдного исследования поведенческих зависимостей, связанных с физическими упражнениями, сексуальным поведением, шоппингом, онлайн-чатами, видеоиграми, пищевым поведением. В исследование был включен 4121 взрослый житель канадской провинции Онтарио. Для ответа им был предложен единственный вопрос о том, были ли у них в течение последних 12 месяцев серьезные проблемы, связанные с чрезмерной вовлеченностью в пе-

речисленные формы поведения? Согласно полученным ответам, у большинства респондентов проблемы были только однажды исключительно в связи с одной из указанных форм поведения. Также установлено, что с течением времени тяжесть выраженности патологических симптомов снижалась. Обращение за помощью к специалистам отмечено только при чрезмерном потреблении пищи и избыточной физической активности. Авторы резюмируют, что исследованные зависимости для большинства людей носят преходящий характер, что противоречит распространённой концепции о том, что если аддикции вовремя не лечить, то они неуклонно прогрессируют [10].

Означает ли это, что вопросам поведенческих зависимостей не стоит уделять так много внимания с учетом того, что со временем они все равно проходят? Уверены, что нет. Из проведённого в данной статье анализа видно, что распространённость многих форм поведенческих зависимостей довольно высока, особенно в молодёжной среде. Молодые люди по причине отсутствия жизненного опыта часто просто не в состоянии оценить потенциальные негативные последствия от тех или иных видов деятельности. Жизнь совершенно естественно воспринимается многими из них как возможность совершать множество интересных открытий. И если более гармоничная личность после опыта знакомства с деструктивными поведенческими практиками может найти в себе силы отказаться от них, то менее гармоничной личности будет сделать это проблематично.

Ведь вопрос зависимости состоит не в том, насколько новые виды поведенческой активности человека она захватывает и при помощи каких технических средств это происходит. Дисгармоничная личность может с течением времени переходить от одной зависимости к другой, порождая у окружающих и специалистов иллюзию «излечения» или «выздоровления». Но по сути, зависимость будет просто принимать другую форму. И эта форма будет «новой» только по своему поведенческому или технологическому оформлению. Так называемые «новые» зависимости отражают все то же онтогенетически древнее стремление дисгармоничной личности использовать для снятия возникающего в жизни каждого человека состояния высокого эмоционального напряжения искусственный способ или средство – будь это психоактивное вещество, общение в социальной сети или необдуманные покупки в магазине. Данный неестественный путь избавления от эмоционального

дискомфорта дарит человеку на какое-то время приятные ощущения и удовольствие, порождает кратковременную иллюзию решения проблемы. Но в конечном итоге этот ложный путь ведёт к снижению конструктивности поведения и формированию зависимостей в их самых разнообразных проявлениях.

Однако нельзя сбрасывать со счетов и мощные социальные влияния, которые опосредуют формирование зависимостей. К примеру, непростая ситуация в экономике многих стран сопровождается нарастанием интенсивности труда, ростом напряжённости на рабочих местах. Профессиональная деятельность начинает поглощать все остальные сферы жизни человека. В связи с чем значительно возрастают риски формирования дезадаптивных форм поведения, в том числе зависимостей. В то же время конкретная культурно-историческая среда может играть способствующую формированию зависимого поведения роль или выполнять важную протективную для личности функцию.

Таким образом, в современных условиях интенсивного технологического развития все большее распространение получают поведенческие зависимости, однозначная клиническая и научная квалификация которых не достигнута. Зависимое поведение, не меняя психологических и социокультурных механизмов своего формирования, принимает сегодня самые разнообразные формы, имеющие различную степень социальной значимости для общества.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Billieux J., Schimmenti A., Khazaal Y., Maurage P., Heeren A. Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *J. Behav Addict.* 2015 Sep; 4(3): 119–23. doi: 10.1556/2006.4.2015.009.
2. Carwyn J. Doping as addiction: disorder and moral responsibility. *Journal of the philosophy of sport.* 2015 May 4; 42(2): 251–67.
3. D'Angelo C., Tamburrini C. Addict to win? A different approach to doping. *J. Med Ethics* 2010; 36: 700–707 doi:10.1136/jme.2009.034801.
4. Foster A.C., Shorter G.W., Griffiths M.D. Muscle dysmorphia: could it be classified as an addiction to body image? *J. Behav Addict.* 2015 Mar; 4(1): 1–5. doi:10.1556/JBA.3.2014.001.
5. Hall P. Sex addiction – an extraordinarily contentious problem. *Sexual and Relationship Therapy.* 2014; 29(1); 68–75. doi:10.1080/14681994.2013.861898.
6. Hiyama T, Yoshihara M. New occupational threats to Japanese physicians: karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). *Occup Environ Med.* 2008 Jun; 65(6): 428–9. doi: 10.1136/oem.2007.037473.
7. Karim R, Chaudhri P. Behavioral addictions: An overview. *Journal of Psychoactive Drugs.* 2012; 44(1), 5–17. doi: 10.1080/02791072.2012.662859.

8. Ke D.S. Overwork, stroke, and karoshi-death from overwork. *Acta Neurol Taiwan*. 2012 Jun; 21(2): 54–9.
9. Kondo N, Oh J. Suicide and karoshi (death from overwork) during the recent economic crises in Japan: the impacts, mechanisms and political responses. *J. Epidemiol Community Health*. 2010 Aug; 64(8): 649–50. doi: 10.1136/jech.2009.090787.
10. Konkoly Thege B, Woodin E.M., Hodgins D.C., Williams R.J. Natural course of behavioral addictions: a 5-year longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2015 Jan 22; 15:4. doi: 10.1186/s12888-015-0383-3.
11. Körmendi A. [Smartphone usage among adolescents]. *Psychiatr Hung*. 2015; 30(3): 297–302. Hungarian.
12. Malinowska D, Staszczyk S, Tokarz A. [Workaholism – indications for diagnosis and review of interventions]. *Med. Pr.* 2015; 66(1): 71–83. Polish.
13. Piacentino D, Kotzalis G.D., Del Casale A, Aromatario M.R., Pomara C., Girardi P., Sani G. Anabolic-androgenic steroid use and psychopathology in athletes. A systematic review. *Curr. Neuropharmacol*. 2015 Jan; 13(1): 101–21. doi:10.2174/1570159X13666141210222725.
14. Romeo M., Yepes-Baldó M., Berger R., Netto Da Costa F.F. Workaholism in Brazil: measurement and individual differences. *Adicciones*. 2014; 26(4): 312–20.
15. Sharma N., Sharma P., Sharma N., Wavare R.R. Rising concern of nomophobia amongst Indian medical students. *Int. J. Res. Med. Sci.* 2015; 3(3): 705–707. doi: 10.5455/2320-6012.ijrms20150333.
16. Sinkkonen H.-M., Puhakka H., Merilainen M. Internet use and addiction among Finnish Adolescents (15–19 years). *Journal of adolescence*. 2014; 37(2): 123–31.
17. Smith D.E. The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2012; 44(1): 1–4. doi: 10.1080/02791072.2012.662105.
18. Van der Linden M. Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. Addictions as a psychosocial and cultural construction. *J. Behav Addict*. 2015 Sep; 4(3): 145–7. doi: 10.1556/2006.4.2015.025.
19. Wojdylo K., Baumann N., Fischbach L., Engeser S. Live to work or love to work: work craving and work engagement. *PLoS One*. 2014 Oct 8; 9(10): e106379. doi: 10.1371/journal.pone.0106379.
20. Yoon J.H., Jung P.K., Roh J., Seok H., Won J.U. Relationship between Long Working Hours and Suicidal Thoughts: Nationwide Data from the 4th and 5th Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *PLoS One*. 2015 Jun 16; 10(6): e0129142. doi: 10.1371/journal.pone.0129142.

Николаев Е.Л. Являемся ли мы свидетелями новых зависимостей?.. // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 6–16.

Аннотация. Ещё несколько десятилетий назад спектр патологических форм зависимого поведения определялся клиническими последствиями избыточного потребления психоактивных веществ. Сегодня появляется множество описаний новых психопатологических феноменов, связанных не столько с приёмом неизвестных ранее химических веществ, сколько с новыми формами деятельности или новыми возможностями человека в современных условиях. Эти возможности связаны как с получением широкого доступа к разнообразным технологическим новинкам,

так и широтой средств создания у человека иллюзии более полного и быстрого удовлетворения извечных потребностей в общении, защищённости, признании, любви, творчестве, развитии. Насколько эпоха новых возможностей для человека стала временем появления новых зависимостей для него?

Проведённый анализ показал, что распространённость многих форм поведенческих зависимостей высока, особенно в молодёжной среде. Дисгармоничная личность может с течением времени переходить от одной зависимости к другой, порождая у окружающих и специалистов иллюзию «излечения». Но зависимость будет принимать другую форму, которая будет «новой» только по поведенческому или технологическому оформлению. «Новые» зависимости отражают онтогенетически древнее стремление дисгармоничной личности использовать для снятия возникающего высокого эмоционального напряжения искусственный способ или средство – будь это психоактивное вещество, общение в социальной сети или необдуманные покупки в магазине. Данный путь избавления от эмоционального дискомфорта дарит на какое-то время приятные ощущения, порождает иллюзию легкого решения проблемы. В конечном итоге он ведёт к снижению конструктивности поведения и формированию зависимостей в их самых разнообразных проявлениях.

В современных условиях интенсивного технологического развития все большее распространение получают поведенческие зависимости, однозначная клиническая и научная квалификация которых не достигнута. Зависимое поведение, не меняя психологических и социокультурных механизмов своего формирования, принимает самые разнообразные формы, имеющие различную степень социальной значимости для общества.

Ключевые слова: зависимость, зависимое поведение, аддикция, поведенческая зависимость, личность, общество.

Информация об авторе:

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, pzdorovie@bk.ru.

Nikolaev E.L. Yavlyaemsya li my svidetelyami novykh zavisimostei?.. [Do we witness new addictions?..] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 6–16.

Abstract. A few decades ago the range of pathological forms of addictive behaviour was determined by the clinical consequences of excessive consumption of psychoactive substances. Today a lot of descriptions of new psychopathological phenomena appear, they are connected with a person's new activities or opportunities under present-day conditions rather than with a person's taking pre-

viously unknown chemical substances. These opportunities are connected with both having access to varieties of new gadgets and a wide range of means of creating illusions of the complete and prompt satisfaction of needs of communication, security, recognition, love, creativity, development. How much has the new opportunity era changed into the time of new addictions?

The analysis showed that the prevalence of many forms of behavioural addictions is significant, particularly among young people. A disharmonic personality may shift from one addiction to another over time, illuding the people around them and specialists into thinking that this personality is "cured". But the addiction will take another form, which will be "new" in a behavioural or technological way only. The "new" addictions reflect the ontogenetically ancient desire of a disharmonic personality to use an artificial method or technique to release high emotional tension, whether it is a psychoactive substance, communication in a social network or an impulse purchase in a shop. This way of getting rid of emotional discomfort makes a person feel pleased for a while, creates the illusion of solving a problem easily. Eventually, it leads to a reduction in the constructiveness of behaviour and the formation of addictions in a large variety of their forms.

Under today's conditions of intensive technological development behavioural addictions become more and more widespread, their definite clinical and scientific classification is not elaborated. Addictive behaviour takes various forms without changing the psychological and sociocultural mechanisms of its formation, and the degrees of social importance of these forms are varied.

Keywords: dependence, dependent behavior, addiction, behavioral addiction, personality, society.

Information about authors:

Nikolaev Evgeni, M.D., Doctor of Medical Science, Head of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, Tel. +7 8352 452031. *pzdorovie@bk.ru*.

Поступила: 20.02.2016

Received: 20.02.2016

УДК 616.89.072.3(470.11)+ 616.89.072.3(481)

ББК Р11(2Рос-4Арх)286.45+Р11(4Нор)286.45

COOPERATION BETWEEN SPECIALIZED MENTAL HEALTH SERVICES AND GENERAL PRACTITIONERS IN ARKHANGELSK COUNTY: THE POMOR MODEL¹

G.G. Rezvy¹, E.A. Andreeva², N.N. Ryzhkova³,
V.A. Yashkovich⁴, E.N. Belaya⁴, V.V. Popov², T. Sørлие¹

¹ *University of Tromsø – The Arctic University of Norway, Tromsø, Norway*

² *Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia*

³ *Primorsky central district hospital, Arkhangelsk oblast, Russia*

⁴ *Arkhangelsk psychoneurological clinic, Arkhangelsk, Russia*

The Kirkenes Declaration, which formalized Norwegian-Russian international cooperation in the Euro-Arctic Region, was signed in 1993 [4]. Since 1999, project funding has been available through the Barents Health Programme and collaboration on health between Northern Norway and North-Western Russia dates back to the early 1990s. The first Barents conference in psychiatry with participants from Russia and Norway took place in Tromsø Norway in 1996 and since 2001 there has been regular project based cooperation on psychiatric health care development.

Currently, the Russian-Norwegian project is focusing improvement of mental health care in primary care in the Arkhangelsk County. The relevance of this focus is due to:

- high prevalence of mental disorders and suicidality in the Arkhangelsk County;
- the average consultation load of the specialists (psychiatrists and psychologists) at the Arkhangelsk psychoneurological clinic is above the recommended norms and many of those who are requesting psychiatric treatment cannot not be offered treatment here;
- in one-third of the districts in Arkhangelsk County there are no certified psychiatrists;
- individuals with non-psychotic mental disorders (the most prevalent mental disorders) are usually first encountered by a general practitioner;
- mental health stigma may be less provoked in primary than in specialized care encounters;

¹ Название работы на русском языке – «Поморская модель взаимодействия специализированной психиатрической службы и общей врачебной практики в Архангельской области».

- poorly developed cooperation between mental health specialists and general practitioners (only 5% of patients who are identified with signs of depression by their general practitioners are referred to psychiatrists; Archangelsk local statistics).

Similar factors motivate improvement of mental health care in the primary health care system in most countries worldwide [1].

The quality of mental health care relates to the providers' communicative, diagnostic and treatment skills, but is also strongly influenced by the quality of professional networks, both in terms of the accessibility of competent coworkers and specialists as well as their support and sharing when the individual provider is caring for individuals with mental health problems [6, 8].

Thus, the project is both aiming to improve general practitioners' diagnostic and treatment skills, as well as to improve the cooperation between general practitioners and specialists in psychiatry.

The general practitioner training has focused improvement of psychiatric diagnostic skills using a structured clinical psychiatric interview for general practitioners (The SPIFA) [3, 5] and psychotherapeutic skills based on principles of cognitive therapy. These aspects will not be further elaborated in the current article.

The «Pomor model»

The systemic aspect of the project has been sought realized by creation and implementation of an integrated model for cooperation between specialized psychiatric services, and primary health care (The Pomor model). The primary health care center Rikasikha (a small district nearby Arkhangelsk city) was selected as a pilot site in 2011.

In order to estimate different psychiatric patients' needs for treatment and care from specialists and general practitioner's, two groups of patients were examined and evaluated by specialists and general practitioners: a) a representative group of patients from the psychiatric dispensary and b) patients in primary care with an identified mental disorder [7].

Based on these evaluations, three groups of patients were identified:

1) patients with severe mental disorders with a need for active treatment (18,2%) where a specialist is their primary therapist. When needed, the general practitioner consults the specialists concerning patients' family relations and social issues;

2) patients with moderate mental disorders (47.7%) where adequate treatment can be provided in cooperation between a specialist and a general practitioner through joint consultations;

3) patients in stable remission following specialized treatment and patients with mild depression (34.1%) who can primarily be treated and followed up by a general practitioner, if necessary in combination with specialist consultations.

This division into these groups has allowed for redistribution of the responsibilities and tasks of general practitioners and specialists in management and treatment of patients with mental disorders. Consultative support and advice from the specialists increase the competence of the general practitioners and improve the quality of care for patients with mental health problems.

The project activities have been organized in order to increase interaction between general practitioners working at Rikasikha primary health care center and specialists at the psycho-neurological clinic in Arkhangelsk being carried out by multi-professional teams using a biopsychosocial perspective in the understanding, management and treatment of the patient. The following cooperation methods have been used:

- face to face meetings with patient, general practitioner and specialist being present – allowing for shared decision on treatment goals and approaches,
- face-to-face and telephone consultations between general practitioners and a psychiatrist/psychologist. Early information to the general practitioner about patients who are going to/have been discharged from the regional psychiatric hospital with instructions on initiatives in primary care.

In addition, general practitioners have received consultation/training on how to provide psycho educational relapse prevention to family members of severely mentally ill patients. The general practitioners cooperates with the Department of Social Welfare and NGOs on solving social issues when necessary.

The general practitioners and specialists, who are participating in the project, had a one-week teaching practice at the out-patient unit at a district-psychiatric center and selected primary health care centers in the North Norwegian municipality Fauske. The Department of family medicine at the Northern State Medical University and the University of Tromsø held two-week courses focusing on improvement of general practitioners psychiatric competence.

Evaluation

The experiences with the model were evaluated by a) qualitative interviews with the patients, b) diagnostic statistics from Ricasikha primary health care center, and c) number of patients admitted from the model district to the regional psychiatric hospital [2].

Patient interviews showed that they responded positively to the cooperation between general practitioners and the specialists, including the joint consultations with both a general practitioners and a specialist. It is of particular interest to note that the patients in stable remission following specialized treatment and patients with mild depression who had primarily been treated and followed up by their general practitioner (group 3) expressed high satisfaction with their treatment and care. They also conveyed that the experienced level of stigma was lower when meeting their general practitioner than when meeting a specialist at a specialized clinic.

Between 2012 and 2014 the number of patients with mild and moderate depression at the primary health care center in Rikasikha increased, mainly due to better psychiatric diagnostics by the general practitioner. In addition, the hospitalization rates from this district to the regional psychiatric hospital decreased, probably due to better continuity of care following discharge from the hospital.

Progress and further development of the model

Model development has been delayed by lack of cooperation traditions between the general practitioners and the specialized mental health services, poorly developed financial reimbursement for working with psychiatric patients in primary care as well as lack of professional guidelines for diagnostic and therapeutic work in the primary health care system.

However, despite these limitations, high motivation among the participating health professionals, managers – and especially the active support and recommendation of the Minister of Health, have provided very good progress in the project. The model will now be implemented and evaluated in other districts of Arkhangelsk County.

In scattered populated areas with long geographic distances between local health providers and available specialists such as in Northern Norway and North West Russia, the advantages of web-based networking possibilities are increasing [9].

Specialists who are providing consultations should be trained in consultation approaches respecting the treatment responsibility and autonomy of the local provider.

REFERENCES

1. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? January 2004 (2004). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network report. <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf> (Accessed 20 January 2015).
2. Belaya E.N. Model of cooperation between psychiatric services and primary health care in Archangelsk region («Pomor model» from a psychiatrist's point of view). In: Integration of psychiatric care in the primary healthcare system: abstract

- book of the sixth Barents Conference on Psychiatry. Arkhangelsk, October 6–7, 2015. Arkhangelsk, 2015, p. 87.
3. Dahl A.A., Krüger M.B., Dahl N.H., Karlsson H., Von Knorring L., Stordal E. SPIFA-A presentation of the Structured Psychiatric Interview for General Practice. *Nord. J. Psychiatry*. 2009 Nov; 63(6): 443–53. doi: 10.3109/08039480902874769.
 4. Declaration. Cooperation in the Barents Euro-Arctic Region. Conference of Foreign Ministers in Kirkenes, 11.01.1993. www.barentsinfo.fi/beac/docs/459_doc_KirkenesDeclaration.pdf (20.6.2011) (Accessed 20 January 2015).
 5. Rezvy G.G., Popov V.V., Serlie T. *Vozmozhnosti okazaniya meditsinskoj pomoshchi bol'nym s psikhicheskimi rasstroistvami vrachami obshchei praktiki* [The possibility of providing medical care to patients with mental disorders by general practitioners]. *Spravochnik vracha obshchei praktiki* [Manual of general practitioner], 2014, no. 3, pp. 19–23.
 6. Ruud T., Flage K.B., Kolbjørnsrud O.B., Haugen G.B., Sørli T. A two-year multidisciplinary training program for the frontline workforce in community treatment of severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2016 Jan 1; 67(1): 7–9. doi:10.1176/appi.ps.201500199.
 7. Ryzhkova N.N. Improving mental health services in Arkhangelsk region by integration of primary and specialized mental health services – development of Pomor model, its implementation and evaluation. In: Integration of psychiatric care in the primary healthcare system: abstract book of the sixth Barents Conference on Psychiatry. Arkhangelsk, October 6–7, 2015. Arkhangelsk, 2015, p. 88.
 8. Sørli T., Borg M., Flage K.B., Kolbjørnsrud O.B., Haugen G.B., Benth J.Š., Ruud T. Training frontline workforce on psychosis management: a prospective study of training effects. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2015 Nov 19; 9: 38. doi:10.1186/s13033-015-0029-3.
 9. Yashkovich V.A. Experience of international cooperation in the field of interaction of psychiatric service with general practitioners. In: Integration of psychiatric care in the primary healthcare system: abstract book of the sixth Barents Conference on Psychiatry. Arkhangelsk, October 6–7, 2015. Arkhangelsk, 2015, pp. 85–86.

ЛИТЕРАТУРА

1. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? January 2004 (2004). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network report. <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf> (Accessed 20 January 2015).
2. Belaya E.N. Model of cooperation between psychiatric services and primary health care in Archangelsk region (“Pomor model” from a psychiatrist’s point of view). In: Integration of psychiatric care in the primary healthcare system: abstract book of the sixth Barents Conference on Psychiatry. Arkhangelsk, October 6–7, 2015. Arkhangelsk, 2015. P. 87.
3. Dahl A.A., Krüger M.B., Dahl N.H., Karlsson H., Von Knorring L., Stordal E. SPIFA-A presentation of the Structured Psychiatric Interview for General Practice. *Nord. J. Psychiatry*. 2009 Nov; 63(6): 443–53. doi: 10.3109/08039480902874769.
4. Declaration. Cooperation in the Barents Euro-Arctic Region. Conference of Foreign Ministers in Kirkenes, 11.01.1993. www.barentsinfo.fi/beac/docs/459_doc_KirkenesDeclaration.pdf (20.6.2011) (Accessed 20 January 2015).
5. Резвый Г.Г., Попов В.В., Серлие Т. Возможности оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами врачами общей практики // Справочник врача общей практики. 2014. № 3. С. 19–23.
6. Ruud T., Flage K.B., Kolbjørnsrud O.B., Haugen G.B., Sørli T. A two-year multidisciplinary training program for the frontline workforce in community treatment of severe mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2016 Jan 1; 67(1): 7–9. doi:10.1176/appi.ps.201500199.

7. Ryzhkova N.N. Improving mental health services in Arkhangelsk region by integration of primary and specialized mental health services – development of Pomor model, its implementation and evaluation. In: Integration of psychiatric care in the primary healthcare system: abstract book of the sixth Barents Conference on Psychiatry. Arkhangelsk, October 6–7, 2015. Arkhangelsk, 2015. P. 88.
8. Sørliie T., Borg M., Flage K.B., Kolbjørnsrud O.B., Haugen G.B., Benth J.Š., Ruud T. Training frontline workforce on psychosis management: a prospective study of training effects. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2015 Nov 19; 9: 38. doi:10.1186/s13033-015-0029-3.
9. Yashkovich V.A. Experience of international cooperation in the field of interaction of psychiatric service with general practitioners. In: Integration of psychiatric care in the primary healthcare system: abstract book of the sixth Barents Conference on Psychiatry. Arkhangelsk, October 6–7, 2015. Arkhangelsk, 2015. P. 85–86.

Rezvy G.G., Andreeva E.A., Ryzhkova N.N., Yashkovich V.A., Belaya E.N., Popov V.V., Sørliie T. Cooperation between specialized mental health services and general practitioners in Arkhangelsk County – the «Pomor model» (English). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 17–24.

Abstract. The Kirkenes Declaration, which formalized Norwegian-Russian international cooperation in the Euro-Arctic Region, was signed in 1993. The Barents Health Program and collaboration on health between Northern Norway and North-Western Russia date back to the early 1990s. Currently, the Russian-Norwegian project is focusing improvement of mental health care in primary care in the Arkhangelsk County. The project is aiming to improve GPs' diagnostic and treatment skills and to improve the cooperation between general practitioners (GPs) and specialists in psychiatry. The systemic aspect of the project has been realized by creation and implementation of an integrated model for cooperation between psychiatrists and GPs (the Pomor model). Consultative support from the specialists increases the competence of the GPs and improves the quality of care for patients with mental health problems. The experiences with the model were evaluated by a) qualitative interviews with the patients, b) diagnostic statistics from the primary health care center, and c) number of patients admitted from the district to the regional psychiatric hospital. Model development has been delayed by lack of cooperation traditions between the GPs and the specialized services, poorly developed financial reimbursement for working with psychiatric patients in primary care as well as lack of professional guidelines for diagnostic and therapeutic work in the primary health care system. However, high motivation among the participating health professionals, managers – and active support and recommendation of the Minister of Health, have provided good progress in the project. The model is implemented and evaluated in other districts of the Arkhangelsk County.

Keywords: psychiatry, primary care, general practitioner, international cooperation, Pomor model, Arkhangelsk, Russia, Norway.

Information about authors:

Rezvy Grigory, M.D., Ph.D. in Medicine, Assistant Professor, Institute of Clinical Medicine, The University of Tromsø – The Arctic University of Norway; Tromsø, 9037, Norway, tel. +47 77644000. *grigory.rezvy@nlsh.no*.

Andreeva Elena, M.D., Ph.D. in Medicine, Associate Professor, Department of Family Medicine, Northern State Medical University; 51, Troitsky pr., Arkhangelsk, 163000, Russia, tel. +7 8182 655194, *klmn.69@mail.ru*.

Ryzhkova Nadezhda, M.D., general practitioner, Rikaskikha Health Center, Primorsky central district hospital, Rikaskikha; Primorsky district, Arkhangelsk oblast, 163523, Russia, tel. +7 8182 256325, *hopeperm@rambler.ru*.

Yashkovich Vera, M.D., doctor-in-chief, Arkhangelsk psychoneurological clinic; 271, Lomonosova pr., Arkhangelsk, 163001, Russia, +7 8182 242907, *infoaopd@atnet.ru*.

Belaya Elena, M.D., deputy doctor-in-chief, Arkhangelsk psychoneurological clinic; 271, Lomonosova pr., Arkhangelsk, 163001, Russia, +7 8182 242907, *infoaopd@atnet.ru*.

Popov Vladimir, M.D., Doctor of Medical Science, Vice rector for clinical care and postgraduate education, Head of Department of Family Medicine, Northern State Medical University; 51, Troitsky pr., Arkhangelsk, 163000, Russia, tel. +7 8182 285791, *fmi2008@mail.ru*.

Sørliie Tore, M.D., Ph.D. in Medicine, Professor, Institute of Clinical Medicine, The University of Tromsø – The Arctic University of Norway; Tromsø, 9037, Norway, tel. +47 77644000.

Rezvy G.G., Andreeva E.A., Ryzhkova N.N., Yashkovich V.A., Belaya E.N., Popov V.V., Sørliie T. Cooperation between specialized mental health services and general practitioners in Arkhangelsk County – the Pomor model [Поморская модель взаимодействия специализированной психиатрической службы и общей врачебной практики в Архангельской области (на англ. яз.)] // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 17–24.

Аннотация. В 1993 году была подписана Киркенесская Декларация, оформившая норвежско-российское международное сотрудничество в Евро-Арктическом регионе. Развитие сотрудничества в области медицины и здравоохранения между Северной Норвегией и северо-западным регионом России относится к началу 1990-х годов. В настоящее время российско-норвежский проект направлен на улучшение оказания психиатрической помощи в первичном медицинском звене Архангельской области. Целью проекта является совершенствование у врачей общей практики навыков диагностики и лечения, а также развитие взаимодействия между врачами общей практики и врачами-психиатрами. Системный аспект проекта реализован через создание и внедрение интегрированной модели взаимодействия психиатров и врачей общей практики (Поморская модель). Консультационная поддержка от врачей-психиатров повышает компетентность врачей общей практики и улучшает качество медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами. Опыт реализации данной модели оценивался посредством: а) формализованного интервью с пациентами, б) данными диагностической статистики, поступавшими из центра первичной медицинской помощи, в) а также количеством пациентов, поступивших из района в областную психиатрическую больницу. Развитие данной модели приостановлено по причине отсутствия тра-

диции взаимодействия между врачами общей практики и психиатрической службой, слабым развитием финансового стимулирования работы врача общей практики с психически больными в первичном звене, а также отсутствием профессиональных руководств для диагностической и терапевтической работы в системе первичной медицинской помощи. Тем не менее высокая мотивация медицинских работников и организаторов здравоохранения, активная поддержка и рекомендации регионального министерства здравоохранения обеспечили значительный прогресс проекта. Данная модель реализуется в нескольких районах Архангельской области.

Ключевые слова: психиатрия, первичная медицинская помощь, врач общей практики, международное сотрудничество, Поморская модель, Архангельск, Россия, Норвегия.

Информация об авторах:

Резвый Григорий Геннадьевич, кандидат медицинских наук, доцент Института клинической медицины, Университет Тромсё – Арктический университет Норвегии, г. Тромсё, Норвегия, тел. +47 77644000. grigory.rezvy@nlsh.no.

Андреева Елена Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., 51, тел. +7 8182 655194, klmn.69@mail.ru.

Рыжкова Надежда Николаевна, врач общей практики (семейный врач) ГБУЗ АО «Приморская ЦРБ», обособленное структурное подразделение – врачебная амбулатория «Рикасиха», Россия, 163523, Архангельская область, Приморский район, п. Рикасиха. Тел. +7 8182 256325, hopeperm@rambler.ru.

Яшкович Вера Анатольевна, главный врач ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер», Россия, 163001 г. Архангельск, пр. Ломоносова, 271, тел. +7 8182 242907, infoaopd@atnet.ru.

Белая Елена Николаевна, заместитель главного врача ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер», Россия, 163001 г. Архангельск, пр. Ломоносова, 271, тел. +7 8182 242907, infoaopd@atnet.ru.

Попов Владимир Викторович, доктор медицинских наук, профессор, проректор по лечебной работе и последипломному образованию, заведующий кафедрой семейной медицины и внутренних болезней ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., 51, тел. +7 8182 285791, fmi2008@mail.ru.

Сёрли Туре, доктор философии (медицина), профессор, Институт клинической медицины, Университет Тромсё – Арктический университет Норвегии, Норвегия, 9037, г. Тромсё, тел. +47 77644000.

*Поступила: 09.02.2016
Received: 09.02.2016*

УДК 616.89-008.441:316.462
ББК Ю974.219

КРАТОМАНИЯ: ДРЕВНЯЯ И НЕПРИЗНАННАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

А.М. Карпов

Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Введение

Современные общемировые политико-экономические, социокультурные, психологические и морально-нравственные реалии многими характеризуются как системный кризис [3, 10, 18]. Основным способом его разрешения выбрана война, а ее ареной и главными игроками политического театра являются Украина, Сирия, Ливия, Ирак, Афганистан и др. Попытки здравомыслящих людей сменить военный сценарий на мирный, дать логичное объяснение создавшейся ситуации, предложить адекватные стратегии ее нормализации, соответствующие принципам и нормам международного права, заинтересованно не воспринимаются политическими игроками.

Паттерны поведения многих одиозных и эпатажных руководителей государств, министров, политиков разных стран, а также недавно взятых под стражу российских губернаторов, глав администрации некоторых городов, руководителей фирм и предприятий хорошо узнаваемы для психиатров, наркологов и психотерапевтов. Благодаря своему профессиональному восприятию они видят психические и поведенческие расстройства у некоторых политических деятелей, чиновников и руководителей и понимают высокие риски причинения ими материального и морального вреда миллионам людей.

Профессиональная и гражданская ответственность врача побуждает его предупреждать опасности деструктивных действий управленцев и расстройства психического и соматического здоровья у населения, которые появятся в результате неадекватного управления. Именно так понимается позиция врача, специалиста в области психического здоровья не только в нашей стране, но и за рубежом [20]. Но конкретные механизмы выполнения нравственного долга врача на настоящее время не предложены ни у нас, ни в других странах.

Тем не менее эта проблема весьма актуальна и к настоящему времени не разработана ни как этическая, ни как медицинская проблема. При более детальном рассмотрении она выводит на дискурс зависимого поведения, которое можно со всей определенностью

обозначить как **кратоманию** (от греч. *kratos* – власть, и *mania* – влечение, страсть, одностороннее помешательство на чем-либо) и охарактеризовать патологическим стремлением к обладанию властью, как источником собственного материального и психологического удовлетворения, при игнорировании интересов окружающих людей. Более мягкий вариант подобной зависимости, **кратофилия**, будет выражаться в повышенном интересе человека к пребыванию во власти и отсутствию на ранних этапах патологических личностных изменений, которые рассмотрены ниже.

Изменения личности, обусловленные обладанием властью

Изменения личности, развивающиеся в результате нагрузки властью, описаны множеством авторов всех времен и народов: от античности до современности. Из тысяч примеров, приведем несколько из разных эпох и цивилизаций.

На Востоке в древние времена предупреждали: «Если хочешь узнать человека, дай ему власть и деньги». Народы Средней Азии, не обладая научными знаниями в области психиатрии и психологии, предполагали негативные личностные изменения человека во власти, а потому советовали: «Не бойся с ханом враждовать, другого бойся: ханом стать». Также существовало предостережение от надления властью и большими возможностями недостойного: «Боже, не давай верблюду крыл, чтобы он неба не разворотил» [13].

Эталонный представитель западной цивилизации, бывший британский премьер-министр У. Черчилль говорил: «Власть – это наркотик. Кто попробовал его хоть раз – отравлен ею навсегда». Ему вторил французский писатель А. де Монтерлан: «Никакой власти не существует – существует лишь злоупотребление властью». Наши современники, представители западного истеблишмента, опирающегося на декларируемые им принципы демократии, высказывают о человеке во власти схожие мнения: «Власть – это наркотик, без которого политики не могут жить и который они покупают у избирателей за деньги самих избирателей» (Р. Нидем, канадский журналист) и «власть – самое сильное возбуждающее средство» (Г. Киссинджер, бывший госсекретарь США) [1].

Пример из новейшей истории России дал депутат законодательного собрания Свердловской области М. Ряпасов, который с трибуны заявил: «Власть и деньги – это самый сильный наркотик, от которого не бывает передозировки. Чем больше ты его получаешь, тем больше хочешь. Спрыгнуть с этого наркотика очень сложно» [14]. Этот успешный и состоятельный человек создал редчайший прецедент –

проявил совесть, ум, волю и добровольно ушел с политического и финансового областного Олимпа, когда понял, что современная практика власти противоречит его нравственным принципам, создает внутриличностный конфликт, разрушает личность и социум.

К концепту власти чаще обращаются в политическом [4], социологическом [11], культурологическом [17] и множестве других аспектов. Тем не менее серьезные работы, посвященные изучению феномена зависимости от власти, до сих пор практически отсутствуют. Детальный поиск в научном сегменте русско- и англоязычного интернета дал лишь ссылки на работу французского психоаналитика [17], в которой приведен анализ взаимовлияния власти и человека и формирования зависимости от власти с годами, и американских специалистов в области организационной культуры, которые довольно подробно рассматривают аддиктивные свойства власти и результаты влияния зависимости от власти на поведение человека [21].

Медики высказываются о власти гораздо реже политиков, писателей, социологов, культурологов и других специалистов, но более предметно и конструктивно. Так, известный психоэндокринолог, профессор А.И. Белкин около 16 лет назад в беседе с журналистом Е. Жирновым объяснил патогенез изменения личности и поведения у людей во власти повышением синтеза в их организме эндорфинов. «По моим наблюдениям, первая реакция психики на наркотик – снижение критики. От ощущения собственного могущества человек утрачивает возможность трезво оценивать себя. Одновременно появляется недоверчивость к близкому окружению. Затем политик начинает превратно воспринимать действительность. Вытесняет на задворки сознания все, что не приносит удовольствия, доходит до полного самоослепления. Возникает эффект привыкания. Доза, которой хватало вчера, перестает действовать. И ежедневно нужно делать нечто такое, чтобы она возрастала. Психика при этом, естественно, регрессирует. Исчезает ощущение единства с миром, исчезает способность к сопереживанию, угасают живые чувства. Эндорфинозависимым с трудом удается сотрудничать с другими людьми, все решения они хотят принимать самостоятельно. А тот, кто пытается покуситься на источник радости – их власть, вызывает у них вспышки просто-таки животной злобы» [2].

Профессиональный анализ зависимости от власти

Философы, политики, психологи, эндокринологи свое мнение о наркогенности власти высказали. Но зависимости относятся к пространству профессиональной компетентности и ответственности наркологов. Поэтому они должны поделиться своим профес-

сиональным пониманием этой проблемы. Она не политкорректна и, как предупредил профессор А.И. Белкин, опасна для «высоковывающихся», поэтому наркологи деликатно воздерживаются от своих суждений. Ранее наркологи писали о том, что все зависимости химические и нехимические (в том числе от власти и денег) имеют единый алгоритм развития, полное совпадение этиологических, патогенетических, клинических проявлений и исхода в нравственную, психическую, биологическую и социальную деградацию [5–9]. Намек остался незамеченным.

В данной работе мы развернем это положение и проанализируем сходство зависимостей от психоактивных веществ (на примере опиатов) и от власти по основным структурно-динамическим параметрам.

1. Сравнение наркотиков и власти по целевому применению. Целевое применение опиатов обосновано наличием медицинских показаний – выраженного болевого синдрома при тяжелых заболеваниях и травмах, в том числе злокачественных новообразованиях, инфаркте миокарда, при хирургических операциях, при кашле, не купирующемся противокашлевыми средствами, сильной одышке, обусловленной сердечно-сосудистой недостаточностью. Наркоманы употребляют наркотики при отсутствии медицинских показаний. Им нужна не анальгезия, а сопутствующие ей психотропные эффекты.

Целевое предназначение демократической власти – служение народу. Депутаты – народные избранники, называют себя слугами народа. Власть является инструментом управления, контроля, организации общества, обеспечения справедливости и порядка, защиты интересов избирателей. Нецелевое употребление власти направлено на создание личного благополучия за счет других путем нарушения нравственных, культурных, социальных, правовых и других норм – обмана, воровства, коррупции, насилия и др.

У людей, зависимых от наркотиков и от власти, имеется принципиальное сходство – нецелевое использование этих инструментов для достижения личных целей.

2. Сравнение сходства мотивации употребления наркотиков и обладания властью. У наркоманов мотивацией к немедицинскому применению наркотиков является возможность ощутить состояние эйфории, субъективной приятности, отвлечься от объективной реальности, то есть психотропные эффекты препаратов, искажающие нормативную психическую деятельность.

У людей, зависимых от власти и денег, мотивация обладания ими аналогична. Быть властным и богатым приятно. Это радует, позволяет резко улучшить комфортность самочувствия и жизни.

Субъективные «психотропные» эффекты у зависимых от наркотиков и власти очень похожи.

3. Сравнение влечения к наркотикам и власти. У наркоманов появляется влечение к психоактивному веществу. Состояние опьянения предпочтительнее, чем состояние трезвости. Возникает навязчивое желание ощутить действие «любимого» наркотика, оказаться в ситуациях и в компаниях, в которых велика вероятность ощутить радость. Зависимый ищет и сам создает поводы для приема наркотика. Влечение вначале нестабильное, навязчивое, поддающееся количественному и ситуационному контролю, по мере развития зависимости становится постоянным, непреодолимым, компульсивным. Наркотизация становится главной, доминирующей потребностью человека.

У людей, получивших власть и деньги и сопряженные с ними удовольствия, быстро происходит «перезагрузка» личности. Формируется убежденность в том, что такой формат жизни самый предпочтительный. Власти и денег хочется всегда и в возрастающих количествах (рост толерантности). Возможность потерять эти ценности исключается. Цели жизни, стратегии поведения меняются так, чтобы закрепиться в статусе властных и богатых.

Влечения к наркотику и власти (деньгам) близки по качественным и количественным характеристикам.

4. Сравнение наркотиков и власти по способности вызывать искажение восприятия реальности. В результате действия психоактивных веществ на опиатные, дофаминовые, серотониновые и другие рецепторы происходит искажение восприятия света, цвета, звука, веса, формы, времени и других параметров окружения. Все психические функции изменяются, усиливаются или слабеют, ускоряются или замедляются, смешиваются или разобщаются и т.д. Субъективная картина мира и себя обычно очень позитивная, но не соответствует реальности. Реальность становится неактуальной. Наркоману это как раз и надо, потому что позволяет убежать из неприятной реальности в приятную нереальность.

У людей, обладающих большими ресурсами власти и денег, реальность тоже искажается. Им самим очень хорошо. Других людей они слышат и видят гораздо хуже, чем самих себя. Как живут рядовые граждане, чего хотят, от чего и от кого страдают, о чем думают и мечтают, что планируют – становится неактуальным.

Значимость собственного благополучия затмевает служение избирателям. Нравственные, культурные и правовые нормы становятся относительными. Появляются двойные стандарты. Меняются содержания понятий добра и зла и т.д.

Искажение восприятия реальности у зависимых от психоактивных веществ и от власти сходно по психологическим механизмам и результату – бегству от неприятной реальности в приятную нереальность.

5. Сравнение наркомании и кратомании по влиянию на личность. Для потребителей психоактивных веществ характерно развитие эгоцентризма и высокой самооценки. Получение собственного удовольствия для них приоритетно. Для приобретения наркотиков и продолжения наркоманского образа жизни им денег не жалко. Наркоманы доводят до нищеты своих родителей, причиняют им тяжелые душевные и физические страдания, никого не щадят. Озабочены только своей персоной. Имеют только права. Им все должны. Никакой критики в свой адрес они не терпят.

Для обладателей власти и богатства также характерны высокая самооценка и эгоцентризм. Личные интересы важнее общих. На то, чтобы удержаться во власти, тратятся огромные суммы денег. Социальный и финансовый статус важнее, чем нравственный, культурный и физический. «Хозяин» может эксплуатировать подчиненных, уменьшать им зарплату, чтобы повысить свою. Богатые не уважают, не любят, стремятся не замечать бедных. Критики в свой адрес они также не любят.

Эгоцентризм и высокая самооценка в равной степени свойственны зависимым от наркотиков и власти.

6. Сравнение наркомании и кратомании по росту толерантности и изменению реактивности. Хорошо известно, что зависимые от наркотиков вынуждены постоянно увеличивать их дозы для получения эйфории. Это объясняется тем, что организм человека работает по принципу самодостаточности, саморегуляции, обратной связи. Здоровому организму не нужны наркотики. Они причиняют только вред здоровью. Поэтому организм использует несколько механизмов для уменьшения и укорочения их действия – снижает чувствительность и увеличивает число рецепторов, быстрее метаболизирует и выводит наркотики из организма. Картина опьянения упрощается. Из нее исчезают самые приятные и желательные компоненты. Длительность опьянения укорачивается. Чтобы компенсировать проявления отвержения наркотиков

организмом потребителя и получить желаемый психотропный эффект наркоманы вынуждены повышать разовые и суточные дозы препаратов, учащать их прием.

Зависимость от власти и денег также проявляется потребностью в росте. Чиновникам, страдающим кратоманией, нужно подниматься по ступеням карьерной лестницы. Им нужно, чтобы увеличивались зарплаты, вознаграждения и откаты. Имеющиеся доходы когда-то становятся недостаточными. Все, что можно приобрести, они приобрели. Но достигнутый уровень потребления становится привычным, удовольствия недостаточно яркими и продолжительными. Хочется еще чего-то «остренького», свеженького, необычного, малодоступного, запретного, тайного...

Проиллюстрируем это комментарием К. Маркса о рыночных отношениях: «Обеспечьте (капиталу) 10% прибыли, и капитал согласен на всякое применение; при 20% он становится оживленным, при 50% положительно готов сломить голову, при 100% все человеческие законы, при 300% нет такого преступления, на которое он не рискнул бы пойти, хотя бы под страхом виселицы»[12].

В наркобизнесе, как и во многих других сферах бизнеса в мире и России, прибыли превышают и 50, и 300%. Наркомания существует по законам рынка. Борьба с наркоманией, сохраняя рыночный уклад и демократию, наверное, не корректно.

Снижение (упрощение и укорочение) реакции на наркотик или власть и деньги обуславливает необходимость повышения доз или должностей и доходов. Это проявление зависимостей также универсально.

7. Сравнение наркомании и кратомании по признакам групповой зависимости. Групповая зависимость у наркоманов (алкоголиков) проявляется в том, что они на первых этапах развития зависимости употребляют психоактивные вещества не в одиночку, а в группах «друзей», в компаниях, «за компанию». Встреча со «своим» человеком из компании всегда актуализирует влечение и создает мотивацию к наркотизации. Члены группы индуцируют друг друга на употребление психоактивных веществ, проявляют солидарность.

Люди, зависимые от власти и денег, также группируются в партии, клубы по интересам, по спортивным и иным увлечениям. Они стремятся отделиться от «чужих», жить и отдыхать среди «своих». У них формируются свои нормы поведения, потребления, имиджа, коммуникации и т.д.

Специфическая солидарность, избирательная коммуникативность характерна как для зависимых от наркотиков, так и от власти и денег.

8. Сравнение наркомании и кратомании по синдрому отмены. Синдром отмены (абстинентный синдром) является специфичным, ключевым, обязательным для наркомании. За время потребления наркотика происходит формирование новых функциональных систем регуляции и метаболизма, интегрирующих наркотик. При его отнятии сложившиеся функциональные системы дезорганизуются, что проявляется нарушениями всех систем и функций организма – психическими, неврологическими, соматическими и поведенческими расстройствами: эмоциональной напряженностью, раздражительностью, негативистичностью, агрессивностью, бессонницей, «ломками», гипертонией, тахикардией, учащением дыхания, жаждой, диареей и др.

Когда людей, зависимых от власти и денег, лишают этих источников удовольствий, у них тоже развивается синдром отмены с похожими психическими, неврологическими, соматическими и поведенческими расстройствами.

Синдром отмены при наркомании и кратомании имеет похожие патогенетические механизмы и клинические проявления.

9. Сравнение наркомании и кратомании по циклической перестройке жизни. Желаемое действие наркотиков длится не вечно, а всего лишь несколько часов. Организм даже больного человека работает по универсальным принципам адаптации, саморегуляции, самозащиты, стремится как можно быстрее минимизировать нарушения, вызванные наркотиком, восстановить гомеостаз, нормальное состояние психических и соматических функций. Но при сформированной зависимости у наркомана через несколько часов трезвого состояния начинается абстиненция, которая принуждает употребить очередную дозу. У зависимого изменяется временная организация жизни. Из непрерывной она становится циклической с закономерным, принудительным чередованием состояний опьянения-отрезвления. Наркоман живет «от дозы до дозы». За 5-6 ч до абстиненции нужно достать деньги, наркотик, найти место и время для его употребления. Создается замкнутый круг, по которому больной «бегает» до изнеможения.

Кратковременные планы достать деньги и наркотик, нужно выполнять любой ценой. Это вынуждает наркоманов нарушать долгосрочные планы – выполнение обязательств перед собой, людьми и Творцом, такие как получение образования, профессиональный рост,

обеспечение семьи, воспитание детей и т.д. Наркоманы сочиняют любые легенды о своих достоинствах и возможностях, дают любые обещания для того, чтобы им поверили и еще раз дали деньги, которые они потратят на очередной эпизод личных удовольствий.

Кратомания протекает также циклически – от выборов до выборов. Но циклы длятся не часами, а годами. Это несравненно более удобно и комфортно. Реализация зависимости гарантированно обеспечивается государством административными и финансовыми ресурсами... Чиновники, пораженные кратоманией, имеют психологию и поведение безответственных, лживых временщиков.

Приоритет личных, сиюминутных интересов над общими, стратегическими интересами, смена непрерывного, поступательного, целенаправленного развития на отдельные циклы и эпизоды роднит наркоманию и кратоманию.

10. Сравнение наркомании и кратомании по преморбидным личностным характеристикам. Личностные предпосылки для развития зависимостей от наркотиков хорошо известны: эгоизм, гедонизм (цель жизни – получение удовольствий), завышенная самооценка, уверенность в собственной исключительности, внушаемость, склонность подражать другим, двойные стандарты в отношении социальных и нравственных норм, социальная и духовная незрелость, моральная неустойчивость, недостаточная образованность и осведомленность о целевом предназначении наркотиков и их влиянии на организм и личность, поверхностность и упрощенность суждений, нескритичность, безответственность, лживость, хитрость, изворотливость и т.д.

Эти же личностные характеристики являются фактором риска развития зависимостей от власти. Нравственные, умные, образованные, думающие, самокритичные, ответственные за свои действия, не становятся зависимыми ни от наркотиков, ни от власти.

Личностные предпосылки для развития наркомании и кратомании одни и те же.

11. Сравнение наркомании и кратомании по характеристикам личностной деградации. У людей с большим стажем наркотизации неизбежно развивается личностная и социальная деградация. Она проявляется упрощением и огрубением личности, утратой высших – духовных, культурных, социальных потребностей. Больные «освобождаются» от нравственных понятий совести, честности, ответственности, долга, благодарности и др. Они становятся лживыми, эгоистичными, циничными, вероломными, эмоционально холодными, безжалостными. У них есть только права и претензии к другим.

Следствием чего становятся обеднение духовной сферы, ограничение возможностей для духовного роста и развития, что также сказывается на состоянии семейных отношений [15, 16].

Среди зависимых от власти и денег часто встречаются личности с аналогичной моральной деградацией.

Патогенетические механизмы, клинические и поведенческие проявления нравственной деградации при наркомании и кратомании также имеют большое сходство.

12. Сравнение наркомании и кратомании по анозогнозии.

Специфичным признаком зависимостей от психоактивных веществ является анозогнозия – отсутствие критики к своему состоянию, непризнание своей зависимости, наличия психических и поведенческих проблем. В основе, как правило, лежат психологические защитные механизмы в форме отрицания и обусловленные этим отказы от рекомендаций лечиться, менять асоциальный наркоманский образ жизни на трезвый, нормативный.

Люди, страдающие кратоманией, также уверены в своей исключительности, компетентности, правоте, легитимности, непогрешимости.

Анозогнозия болезни, отсутствие мотиваций к лечению сближают наркоманию и кратоманию.

13. Созависимость при наркомании и кратомании.

Хорошо известен феномен психологической созависимости у близких больного наркоманией. Она проявляется тем, что поведение людей, совместно проживающих с больным, целиком поглощено его поведением, его проблемами. Созависимые своим поведением могут неосознанно провоцировать у больного рецидив, также неосознанно они могут манипулировать поведением самого больного, вольно или невольно подталкивая его к новому «срыву».

Аналогичные изменения происходят и с близкими людей, находящихся во власти. Как правило, близкие, которых мы со всем основанием можем назвать созависимыми при кратомании, не имеют глубокого эмоционального контакта с зависимым, т.к. для него наивысшей ценностью являются не человеческие отношения, а получение возбуждающих эмоций от ощущения власти над другими. Не получая полноценных эмоциональных отношений, пребывая в состоянии людей, получающих суррогатную компенсацию в виде материальных благ и комфорта, они находятся в состоянии длительной фрустрации, ведущей к формированию состояния психической дезадаптации со всеми вытекающими из нее негативными последствиями.

Созависимость, как патологическая адаптация близких к расстройствам личности и поведения зависимых, также показывает сходство наркомании и кратомании.

14. Общим для наркомании и кратомании является возрастной фактор – чем в более молодом возрасте познакомится человек с объектом своей зависимости, тем быстрее развивается сама зависимость и имеет более злокачественное течение.

Заключение

Сравнение зависимостей от наркотиков и от власти по совокупности 14 целевых, смысловых, содержательных, структурных и динамических характеристик обнаруживает их очевидное сходство. Ни в коем случае нельзя переносить описанные представления о болезни и больных на всех людей в структурах власти. Не все, пользующиеся наркотиками по медицинским показаниям, становятся наркоманами, так же и не все обладающие властью становятся больными кратоманией. Между веществом и социальным инструментом нет ничего общего. Объединяет их интегрированность в человеческую порочность – использование с целью получения удовольствия обманным путем. Можно обмануть организм, себя, людей, законодателей, но законы природы объективны. Г. Селье установил, что физиологические и психологические процессы адаптации универсальны. На любое не привычное и не безразличное (стрессовое) воздействие – физическое, химическое, термическое, информационное – организм и личность отвечают по единому алгоритму, распространяющемуся на всех людей. Развитие адаптационного синдрома происходит по хорошо изученным закономерностям, знание которых даст возможность прогнозировать, что будет происходить с организмом и личностью человека в течение дней, недель, месяцев и лет. Эти знания очень конструктивны и стратегически важны, так как способствуют опережению событий, своевременно предпринимать меры профилактики и коррекции расстройств психических функций, личности и поведения.

Кратоманию можно отнести к одному из видов поведенческих нехимических зависимостей, которая распространена среди политических деятелей и иных лиц, обладающих властью и большими деньгами. Проявления кратомании соответствуют целому ряду психопатологических изменений личности при химических зависимостях, в частности, опиоидной. Показатели распространённости кратомании определить невозможно, потому что она не обозначается, не описывается, не выявляется, не регистрируется. Сами ад-

дикты у себя проблем с психическим здоровьем не замечают и за помощью к врачам не обращаются. Неспециалистами данная модель поведения как психопатологический симптомокомплекс не рассматривается. Специалисты в области психического здоровья – психиатры, наркологи, психотерапевты, клинические психологи не готовы к работе с данным контингентом аддиктов, поскольку данная патология отсутствует в классификациях болезней и социального заказа на ее профилактику также не существует.

Понятия «кратомания» в современной психиатрии и наркологии нет, но ее проявления встречались во все времена и во всех обществах. Были периоды, когда ее широкому распространению ставился общественный или государственный заслон. В настоящее время, по нашему мнению, возникла необходимость ее квалификации как одной из форм нехимической зависимости. В сравнении с другими видами зависимости, данный вид аддикции создает угрозу для всего общества, для сохранения цивилизации. Экономическое неравенство людей в современном мире достигло запредельного уровня. 1% населения планеты обладает 99% всех земных богатств. Алчность сильных мира сего является главной причиной мирового финансового кризиса, политической и социальной нестабильности, агрессии, войн, техногенных катастроф.

Коррупция, которая считается угрозой безопасности для многих стран и мира в целом, является социальным проявлением кратомании. Стратегия борьбы с коррупцией должна включать коррекцию биологических, психопатологических, личностных, поведенческих, социальных и нравственных составляющих кратомании. По «Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» наркологическая помощь оказывается на добровольной основе. Но при расстройствах, представляющих опасность для пациента и общества, она может и должна оказываться недобровольно. Осознавая социальную опасность наркомании, государство приняло закон об ограничении прав наркоманов управлять транспортными средствами, чтобы предупредить риски дорожно-транспортных происшествий. С этой мерой все согласны. Если психические, личностные и поведенческие расстройства у зависимых от власти и денег похожи, то управление ими министерствами, ведомствами, областями, городами, стройками, предприятиями создает риски происшествий гораздо большего масштаба, чем наркоманы за рулем. С этим тоже все согласны. Значит, надо ставить вопрос о допуске к управленческой и финансовой деятельности зависимых от власти и денег. Это надо

принять как вызов психиатрам, наркологам, психотерапевтам, психологам, социологам, журналистам и другим специалистам, а также всем здравомыслящим и социально активным гражданам.

Проблема кратомании неудобна для научной и практической разработки. Можно привести достаточное количество аргументов, чтобы оспорить представленную позицию о психопатологическом характере подобного поведения лиц с зависимостью от власти. Но ее злостный характер от этого не уменьшится. Проблема кратомании сегодня достигла критической остроты и может стать причиной потрясений планетарного масштаба. В профилактике и лечении самой опасной зависимости нуждается все общество, в том числе и «властелины мира», находящиеся не где-то на заоблачных высотах, а непосредственно в одной лодке с «другим», как они считают, населением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Душенко К.В. Универсальный цитатник политика и журналиста: 6000 цитат о политике, правосудии и журналистике. М.: Эксмо, 2006. 782 с.
2. Жирнов Е. Гормон власти // Коммерсант Власть. 2000. № 26(377), 4 июля. С. 52–54.
3. Ивлиев Ю.А. Системный кризис науки как знак апокалипсиса // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2011. № 5. С. 57–59.
4. Ильинский И.М. Образование в целях оглупления // Знание. Понимание. Умение. 2010. № 1. С. 3–9.
5. Карпов А.М. Биопсихосоциальный подход к пониманию современного состояния здравоохранения // Дневник казанской медицинской школы. 2014. № 2(5). С. 28–31.
6. Карпов А.М. Вызовы эпохи охране психического здоровья // Практическая медицина. 2010. № 2(41). С. 6–10.
7. Карпов А.М. Здравствуйте, если хотите: образовательно-воспитательные основы интеграции медицины, экологии, образа жизни и власти. Казань: Медицинская литература, 2008. 223 с.
8. Карпов А.М. Информационно-методическая подготовка гражданского общества для защиты от наркоагрессии // Казанский педагогический журнал. 2015. № 1(108). С. 108–111.
9. Карпов А.М. Самозащита от кризиса. Казань: Медицинская литература, 2009. 37 с.
10. Комаров Г.А. Системный кризис здоровья населения и здравоохранения в России // Стандарты и качество. 2009. № 5. С. 68–71.
11. Луман Н. Власть. М.: Праксис, 2001. 256 с.
12. Маркс К, Энгельс Ф. Сочинения. 2-е изд. М.: Госполитиздат, 1960. Т. 23. 908 с.
13. Мудрость отцов. Пословицы и поговорки народов Средней Азии. Ашхабад: Магарыф, 1964. 174 с.

14. Неуймина И. Свердловский депутат Максим Ряпасов сдал мандат: «Я устал от властной вертикали, интриг и подковерной борьбы» [Электронный ресурс] // Комсомольская правда. Беларусь. 2012. 4 дек. URL: <http://www.kp.by/daily/25996/2924506> (дата обращения: 15.12.2015).
15. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
16. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90–99.
17. Флиер А.Я. Культура лишения жизни // Историческая психология и социология истории. 2008. Т. 1, вып. 2. С. 146–162.
18. Colander D., Goldberg M., Haas Ar., Juselius K., Kirman A., Lux T., Sloth B. The financial crisis and the systemic failure of the economics profession *Critical Review. A Journal of Politics and Society*, 2009, vol. 21, no. 2–3, pp. 249–267.
19. De Vries M.F.R.K. Whatever happened to the philosopher-king? The leader's addiction to POWER. *Journal of Management Studies*, 1991, vol. 28, no. 4, pp. 339–351. doi: 10.1111/j.1467-6486.1991.tb00285.x.
20. Rutz W. Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, vol. 113(s429), pp. 95–100.
21. Weidner II C. K., Purohit, Y.S. When power has leaders: some indicators of power-addiction among organizational leaders. *Journal of Organizational Culture, Communication and Conflict*, 2009, vol. 13, no. 1, pp. 83–99.

REFERENCES

1. Dushenko K.V. *Universal'nyi tsitatnik politika i zhurnalista: 6000 tsitat o politike, pravosudii i zhurnalistike* [The all-purpose quotebook for politician and journalist: 6000 quotations on politic, justice and journalism]. Moscow, Eksmo Publ., 2006, 782 p.
2. Zhirnov E. *Gormon vlasti* [The authority hormone]. *Kommersant Vlast'* [Kommersant Newspaper: Authorities], 2000, no. 26 (377), July 4, pp. 52–54.
3. Ivliev Yu.A. Sistemnyi krizis nauki kak znak apokalipsisa [Crisis of scientific system as the Mark of Apocalypse]. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy* [International Journal of Applied and Fundamental Research], 2011, vol. 5, pp. 57–59.
4. Il'inskii I.M. *Obrazovanie v tselyakh oglupleniya* [Education for the purpose of endarkenment]. *Znanie. Ponimanie. Umenie*. [Knowledge. Understanding. Skill], 2010, vol. 1, pp. 3–9.
5. Karpov A.M. *Biopsikhsotsial'nyi podkhod k ponimaniyu sovremennogo sostoyaniya zdravookhraneniya* [Biopsychosocial approach to understanding the current state of public health]. *Dnevnik kazanskoj meditsinskoj shkoly* [Diary of the Kazan Medical School], 2014, vol. 2(5), pp. 28–31.
6. Karpov A.M. *Vyzovy epokhi okhrane psikhicheskogo zdorov'ya* [Epochal challenges of mental health care]. *Prakticheskaya meditsina* [Practical medicine], 2010, vol. 2(41), pp. 6–10.
7. Karpov A.M. *Zdravstvuite, esli khotite: obrazovatel'no-vospitatel'nye osnovy integratsii meditsiny, ekologii, obraza zhizni i vlasti* [Be healthy, if you want: integration of medicine, ecology, lifestyle and power: educational and pedagogical base]. Kazan, Meditsinskaya Literatura Publ., 2008, 223 p.

8. Karpov A.M. *Informatsionno-metodicheskaya podgotovka grazhdanskogo obshchestva dlya zashchity ot narkoagressii* [Information and methodological readiness of civil society for opposition to drug aggression]. *Kazanskiy pedagogicheskii zhurnal* [Kazan Pedagogical Journal], 2015, vol. 1(108), pp. 108–111.
9. Karpov A.M. *Samozashchita ot krizisa* [Crisis self-defense]. Kazan, Meditsinskaya Literatura Publ., 2009, 37 p.
10. Komarov G.A. *Sistemnyi krizis zdorov'ya naseleniya i zdravookhraneniya v Rossii* [System crisis of public health and healthcare in Russia]. *Standarty i kachestvo* [Standards and quality], 2009, vol. 5, pp. 68–71.
11. Luman N. *Vlast'* [Authority]. Moscow, Praksis Publ., 2001, 256 p.
12. Marx K., Engels F. Collected works. Lawrence & Wishart, 1975 (Russ. ed.: Marks K., Engel's F. *Sochineniya*. 2nd ed., vol. 23. Moscow, State Political Literature Publ., 1960, 908 p.).
13. *Mudrost' ottsov. Poslovitsy i pogovorki narodov Srednei Azii* [Wisdom of the elders. Proverbs and sayings of Middle Asia peoples]. Ashkhabad, Magaryf Publ., 1964, 174 p.
14. Neumina I. *Sverdlovskii deputat Maksim Ryapasov sdal mandat: «Ya ustal ot vlastnoi vertikali, intrig i podkovvernoi bor'by»* [«I am tired of vertical authority, plots and undercover struggle»: Maksim Ryapasov, a Sverdlovsk deputy, resigned]. *Komsomol'skaya pravda. Belarus'* [Komsomol'skaya Pravda Belarus], 2012, Dec. 4. Available at: <http://www.kp.by/daily/25996/2924506/> (Accessed 15 December 2015).
15. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rassstroistv* [The problems of spiritual development in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, vol. 14, pp. 9–20.
16. Nikolaev E.L. *Sistema semeinykh i dukhovnykh tsennostei pri psikhicheskoi dezadaptatsii* [System of family and spiritual values in psychical disadaptation]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2005, vol. 2, pp. 90–99.
17. Flier A.Ya. *Kul'tura lisheniya zhizni* [The culture of taking the life]. *Istoricheskaya psikhologiya i sotsiologiya istorii* [Historical psychology and sociology of history], 2008, vol. 1, no. 2, pp. 146–162.
18. Colander D., Goldberg M., Haas Ar., Juselius K., Kirman A., Lux T., Sloth B. The financial crisis and the systemic failure of the economics profession *Critical Review. A Journal of Politics and Society*, 2009, vol. 21, no. 2–3, pp. 249–267.
19. De Vries M.F.R.K. Whatever happened to the philosopher-king? The leader's addiction to Power. *Journal of Management Studies*, 1991, vol. 28, no. 4, pp. 339–351. doi: 10.1111/j.1467-6486.1991.tb00285.x.
20. Rutz W. Social psychiatry and public mental health: present situation and future objectives. Time for rethinking and renaissance? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, vol. 113(s. 429), pp. 95–100.
21. Weidner II C. K., Purohit Y.S. When power has leaders: some indicators of power-addiction among organizational leaders. *Journal of Organizational Culture, Communication and Conflict*, 2009, vol. 13, no. 1, pp. 83–99.

Карпов А.М. Кратомания: древняя и непризнанная зависимость // Вестник психиатрии и психологии Чуваши. 2016. Т. 12, № 1. С. 25–41.

Аннотация. Анализ поведения и личностных изменений современных политиков, чиновников, руководителей, чья деятельность несет материальный и моральный вред людям, выводит на понятие кратомании. Кратомания

(зависимость от власти) рассматривается как зависимое поведение, при котором наблюдается патологическое стремление человека к обладанию властью как источником собственного материального и психологического удовлетворения при игнорировании интересов окружающих людей. Менее выраженный вариант обозначен как кратофилия. Приведены примеры выделения подобных поведенческих моделей у представителей различных народов и культур. Подчеркнуто незначительное число примеров медицинского анализа изменений личности, обусловленных обладанием властью.

Психопатологический анализ зависимости от власти построен на сравнении с зависимостью от психоактивных веществ (опиоидов) по основным структурно-динамическим параметрам – целевому применению, структурным элементам, субъективным «психотропным» эффектам, искажению восприятия реальности, эгоцентризму и высокой самооценке, росту толерантности и изменению реактивности, снижению реакции на наркотик, групповой зависимости и специфической солидарности, абстинентному синдрому, моральной деградации, анозогнозии и развивающихся у близких лиц аддиктов явления созависимости.

Истинные показатели распространённости кратомании неизвестны. Аддикты у себя проблем с психическим здоровьем не замечают и за помощью к врачам не обращаются. Неспециалистами данная модель поведения как патологическая не рассматривается. Специалисты не готовы к работе с данными аддиктами, поскольку в классификациях болезней отсутствует конкретная нозология. Также нет и социального заказа на ее профилактику. Проблема кратомании неудобна для научной и практической разработки. Однако в сравнении с другими видами зависимости, кратомания создает угрозу для всего общества, угрозу для развития цивилизации. В профилактике и лечении самой опасной зависимости нуждается все общество, в том числе и «властелины мира», находящиеся «в одной лодке» со всем обществом.

Ключевые слова: кратомания, кратофилия, зависимость от власти, аддикт, абстинентный синдром, толерантность, созависимость.

Информация об авторе:

Карпов Анатолий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии и наркологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия»; Россия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 36, тел. +7 8432 724151, kam1950@mail.ru.

Karpov A.M. Kratomaniya: drevnyaya i nepriznannaya zavisimost' [Cratomania: ancient and unrecognized addiction]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 25–41.

Abstract. The analysis of the behaviour and personality changes of present-day politicians, officials, managers, whose activity inflicts material and moral damage on people, brings up the concept of cratomania. Cratomania (addiction to power) is regarded as addictive behaviour consisting in the pathological de-

sire of a person to possess power as a source of their material and psychological satisfaction while ignoring the interest of other people. The less marked variant is known as cratophilia. The article gives examples of the models of such behaviour typical of representatives of different nations and cultures. It points out the small number of examples of medical analysis of personality changes caused by power possession.

The psychopathological analysis of addiction to power is based on its comparison with psychoactive substance (opioid) dependence on the ground of the main structural-and-dynamic parameters – intended use, structural components, subjective “psychotropic” effects, distorted perception of reality, egocentrism and high self-esteem, increase in tolerance and change of reactivity, reduced drug reaction, group dependence and peculiar solidarity, withdrawal syndrome, moral degradation, anosognosia and development of codependency in the addict’s people.

The real figures showing the prevalence of cratomania are not known. Addicts do not realise any mental health problems and do not consult a doctor. Nonspecialists do not consider this model of behaviour to be pathological. Specialists are not ready to work with such addicts as there is no specific nosology in the classification of diseases. And society itself does not call for measures of its prevention. The problem of cratomania is not convenient for scientific and practical analysis. But as compared with other addictions, cratomania poses a threat to the entire society, a threat to the development of the civilisation. The entire society, including “kings of the world” as they are in “the same boat” with this society, needs prevention and treatment against the most dangerous addiction.

Keywords: cratomania, cratophilia, addiction to power, addict, withdrawal syndrome, tolerance, codependency.

Information about author:

Karpov Anatoly, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Psychotherapy and Addiction Medicine Department, Kazan State Medical Academy; 36, Butlerova ul., Kazan, 420012, Russia, tel. +7 8432 724151, kam1950@mail.ru.

Поступила: 26.01.2016

Received: 26.01.2016

УДК 616.89-008.441

ББК Ю974.214

СИСТЕМНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ СОЗАВИСИМОСТИ: НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К ОБЪЯСНЕНИЮ ФЕНОМЕНА

С.А. Осинская, Н.А. Кравцова

Дальневосточный федеральный университет, Владивосток, Россия

Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Актуальность изучения проблемы зависимого поведения связана с продолжающимся увеличением количества людей, страдающих как химическими, так и нехимическими видами аддикций. Между больными различными видами зависимостей и их близкими существуют определенные взаимоотношения и взаимосвязи, которые не носят однозначного характера и не определяются линейной причинностью, авторы говорят о системе «зависимый–созависимый» [19].

В последнее время все больше отечественных и зарубежных исследователей приходят к мнению, что созависимость представляет собой «самостоятельную форму аддикции, но более глубокую и труднее поддающуюся коррекции» [12]. Возникновение и развитие созависимости происходит намного раньше появления в семье проблемы зависимого поведения. Созависимые могут влиять на близких людей, способствуя аддикции, провоцируя ее, создавая благоприятные условия для развития аддиктивного поведения.

Кроме того, склонность к созданию и поддержанию созависимых отношений с окружающими является одним из главных терапевтических фокусов в работе с пациентами, имеющими хронические соматические заболевания. Наличие у пациентов психосоматических расстройств и заболеваний, связанных со стрессом, является одним из диагностических критериев созависимости личности [14, 34].

В этой связи анализ различных научных подходов и концептуальных моделей к объяснению механизмов формирования созависимости представляется важным и значимым для практики психологической помощи и создания психотерапевтических программ, направленных на мультифакторные проявления созависимости. В силу специфичности и сложности проблемы созависимости наиболее оправданным и оптимальным решением для повы-

шения эффективности психокоррекционной работы является обращение к интегративному подходу с должным вниманием как к психодинамическим, системно-семейным, так и когнитивно-межличностным факторам, способствующим развитию и сохранению созависимости личности [3, 29, 35].

В отечественных и зарубежных исследованиях подчеркивается связь между нарушениями функционирования семьи и формированием зависимой личности. Исследователи отмечают, что наиболее важными являются нарушения в эмоциональном функционировании семьи. Влияние семьи интернализуется и интрапсихические динамики становятся доминирующими силами, контролирующими поведение [2, 4, 7, 8, 16–18, 22, 23, 30–33]. Многие характеристики и динамики, присущие созависимой личности, были замечены, описаны и отражены в различных теориях еще до того, как явление созависимости получило свое название.

Согласно классической теории психоанализа, человек представляется инстинктивным существом, которое сталкивается с разного рода барьерами в виде нравственных заповедей, установленных законом и собственным разумом; поэтому он вынужден вытеснять определенные влечения или их составляющие. Из темной сферы психики к нам поступают воздействия, которые должны быть когда-либо восприняты сознанием, чтобы избежать тем самым опустошительных нарушений других функций. Психоаналитическая теория видит человека как обреченного на внутренний конфликт, который выражается в таких неприятных эмоциональных реакциях, как тревога или депрессия, свидетельствующих о появлении подавленных импульсов. Причина нарушений в том, что члены семьи на предшествующих стадиях своего личностного развития не справились с решением какого-либо личностного конфликта.

Современный исследователь проблемы созависимости Е.В. Емельянова в определении сущности созависимых отношений опирается на психоаналитическое представление о психической структуре человека. При неблагоприятном развитии личности, при осложненном прохождении определенных стадий развития «Я» оказывается надломленным, слабым, фрагментарным, опустошенным. Оно не имеет содержимого или же смешано с содержимым «Сверх-Я», которое является доминирующим, а в случае нарушенного развития оказывается нагружено родительскими запретами и оценками и самыми жесткими вариантами моральных норм и социальных установок. Слабое, фрагментарное «Я»

оказывается зажатым «между властными побуждениями «Оно» и не менее жесткими требованиями сверхморалитета «Сверх-Я» [8].

Теории коммуникации, представителями которых являются Г. Бейтсон, Д. Джексон, В. Сатир, И. Уикленд, П. Вацлавик и др., связывают дисфункции семьи с нарушениями процесса коммуникации. Коммуникативная девиация расширяется до бесконечности – чем больше девиация, тем серьезнее патология. В. Сатир [25, 26] проблему зависимых отношений определяет как способ удержания стабильности, неизменности самих взаимоотношений в противовес естественному стремлению к росту и развитию, присущему личности или семье или любой другой социальной системе. Согласно данному подходу, нормальной считается такая семья, в которой коммуникация является прямой и открытой, где разногласия высказываются, а не скрываются, а эмоции выражаются открыто. В таких условиях люди развивают здоровую самооценку, что позволяет им идти на определенный риск при установлении подлинных и искренних взаимоотношений. Взаимоотношения в семье могут являться полем роста идентичности, взаимная поддержка играет особую роль в развитии особенностей личности каждого члена семьи с целью превращения его в гармоничную личность [14, 21, 25].

Представители стратегического подхода Дж. Хейли, К. Маданес и другие видят причину появления симптоматического поведения в семье в том, что набор решений, с помощью которых она пытается справиться с новыми проблемами, слишком мал. Стратегический подход предлагает три основные теории, объясняющие, как развиваются проблемы. Согласно *кибернетической* теории, трудности происходят вследствие многократного принятия ложно направленных решений, что способствует позитивной обратной связи, выводящей семейную систему из гомеостатического равновесия. Согласно *структурной* теории, проблемы появляются из-за изъянов в семейной иерархии. *Функциональная* теория связывает возникновение проблем с тем, что, когда люди пытаются косвенным образом защищать друг друга или управлять друг другом, их проблемы начинают участвовать в функционировании системы [21].

С точки зрения структурного подхода дисфункция возникает, когда деятельность и существование семьи ограничены устаревшей структурой, которая сложилась и была необходима на предыдущих стадиях цикла развития семейной системы. В этом случае семья неспособна справиться с внешними и внутренними неблаго-

приятными факторами, что заставляет членов семьи функционировать ниже своих возможностей и перестает обслуживать потребности семьи. Проблема созависимости представляет собой искаженное функционирование семьи как организма с нарушением границ холонов (подсистем) и инверсией ролей членов семьи. Отдельные личности, подсистемы и все семьи целиком разделены интерперсональными границами, невидимыми барьерами, которые регулируют объем их контактов с другими. Интерперсональные границы варьируются от жестких до диффузных. Жесткие границы крайне ограничительны и допускают мало контакта с другими подсистемами, что приводит к *выпутанности*. Выпутанные подсистемы или индивиды не просто независимы друг от друга, они изолированы. Это имеет и положительную роль, поскольку способствует автономии, росту и мастерству. С другой стороны, выпутанность ограничивает теплоту, привязанность и заботу. Прежде чем такие семьи смогут сплотиться, они вынуждены будут пережить сильный стресс. *Спутанные* подсистемы предлагают высокое чувство взаимной поддержки, но ценой независимости и автономии. Родители в таких подсистемах являются любящими и заботливыми; они проводят много времени со своими детьми и многое для них делают. Однако дети при этом становятся зависимыми. Им некомфортно оставаться в одиночестве, и у них могут возникнуть проблемы во взаимоотношениях с людьми вне семьи [15, 21].

Предвестником созависимых отношений являются незавершенные сепарационные процессы детей от родителей, в результате чего происходит смешение функций и ролей, относящихся к вертикальным и горизонтальным отношениям, подмена их друг другом, что нарушает реальное общение. Опыт взаимодействий, полученный в родительской семье, в дальнейшем используется личностью для организации отношений с другими людьми, как при построении собственной семьи, так и вне семейной системы. В каждый период времени, в конкретной ситуации человек может занимать только одну какую-то позицию в отношениях, которые организованы тем или иным структурным образом. При этом он старается воспроизвести те же вертикальные и горизонтальные отношения, что были в его семье, стремясь сохранить привычную позицию в отношениях с окружающими [14, 28].

Согласно теории объектных отношений [1, 5, 6, 10, 11, 24], мы относимся к другим людям частично на основе тех ожиданий, которые сформировались на основании раннего опыта. В результате

этих ранних взаимоотношений возникают внутренние объекты – мысленные образы себя и других, рожденные из переживаний и ожиданий. Сохранившиеся в бессознательном следы этих усвоенных объектов формируют сущность человека. Истинные первичные либидозные потребности состоят в установлении удовлетворительных «полных любви отношений с другими».

М. Кляйн занималась интериоризированными объектными отношениями и исследовала их детерминирующее влияние на формирование психических структур и на различные типы внутренних конфликтов. По утверждению автора, впечатления младенца о матери не основываются исключительно на реальном опыте, а скорее просеиваются через его уже довольно богатую фантазиями жизнь. Чувства любви и ненависти у ребенка являются врожденными и испытываются еще до того, как появляются сами реальные объекты. С самого рождения восприятие реальных объектов отфильтровывается через искажения уже сформированного внутреннего мира. М. Кляйн говорит о «параноидно-шизоидной позиции», которая характеризуется разделенными и еще не интегрированными образами «совершенно хорошей» и «совершенно плохой» матери, характерной для раннего периода жизни. Такая констелляция позднее, при дальнейшем развитии, сменяется «депрессивной позицией», в которой ребенок узнает, что его ненависть направлена на ту же мать, от которой он получает добро. Ребенок реагирует на это новое восприятие матери чувством вины и стремлением сделать что-то хорошее. Обе позиции, параноидно-шизоидная и депрессивная, могут сохранять свою силу как элементарные констелляции и актуализироваться к определенному времени [10].

Р. Фербейн разработал концепцию расщепления (сплиттинга), согласно которой Эго («Я») подразделяется на структуры: 1) часть эго, 2) часть объекта, и 3) аффект, связанный с взаимоотношениями. Внешний объект может восприниматься как идеальный объект, приводящий к удовлетворению; как отвергающий объект, который вызывает гнев; или как возбуждающий объект, который вызывает сильное желание. В результате усвоения расщепленных объектов Эго может стать: сознательным, адаптирующимся, удовлетворенным своим идеальным объектом (центральное эго); бессознательным, негибким, фрустрированным (отвергающим эго); бессознательным, негибким, стремящимся к соблазняющему, но не удовлетворяющему объекту (возбуждающее эго).

В этом прослеживаются характеристики, присущие созависимым людям – стремление к чрезмерному обособлению или развитию

зависимых отношений. Сформированный в раннем возрасте образ родителей как «полностью хороших» или «полностью плохих» приводит к тому, что ребенок начинает считать себя «плохим», так как интернализация объектных отношений начинается на относительно примитивном уровне – путем *интроекции*. Ребенок воспроизводит и фиксирует свои взаимоотношения с окружающей средой путем создания следов памяти, которые включают образы объекта, собственное взаимодействие с ним и связанный с этим аффект. Если «постоянство объекта» не развивается, человеку трудно уладить противоречия между единством и отделенностью, сложно достичь дифференциации и достаточной автономии. Психологического рождения не происходит, что непосредственно отражается на взаимоотношениях не только с близкими, но и окружающими людьми.

Созависимый человек регулирует свою жизнь, разделяя свой опыт на две несовместимые части – на «все плохо» и «все хорошо». В его мышлении преобладают сравнения, себя он считает хуже или лучше других, ему трудно считать себя равным кому бы то ни было. Другой нужен либо как опора, либо он должен поддерживать веру в совершенство созависимого. Партнер временно может идеализироваться, но если окажется, что он не может гарантировать выполнение всех желаний созависимого, он отвергается и обесценивается. Поэтому часто линия поведения созависимых отражает их черно-белое мышление – это движение «от» и движение «к». Тогда как при нормальном развитии человек может позволить себе относиться к другим людям со смешанными чувствами и рассматривать их как существ со своими недостатками и достоинствами. То же самое актуально и в отношении самого себя [21, 24, 27].

Центральным понятием концепции М. Балинта является первичная объектная любовь. Объектные отношения с самого начала сопровождают психическое развитие, решающим образом определяют и структурируют его. Особенное значение для патологического развития имеет концептуализированное М. Балинтом понятие «основное нарушение». При этом речь идет не о конфликте, но о «дефекте в психической структуре, разновидности дефицита, который должен быть устранен». Речь идет о фиксации на неблагоприятном исходе стадии развития первичной любви из-за недостатка гармонии между ребенком и теми референтными личностями, которые представляют окружающий его мир. Именно недостаточная забота, а не психический конфликт, предопределяет развитие основного нарушения [1].

Каждый из тех людей, кто создает созависимые отношения, испытывал совершенно естественную для ребенка зависимость от отношения к нему родителей или тех, кто их замещал. Каждый из них пережил основной, наиважнейший дефицит – дефицит любви. Слишком холодное и отчужденное, слишком контролирующее и доминирующее, слишком критическое и уничижительное или слишком непоследовательное отношение родителей формирует систему представлений о себе, которая оказывается нарушенной. По словам Емельяновой, развивающийся таким образом человек стремится восстановить и заполнить собственное Я с помощью отношений, предполагающих любовь. Это позволяет ему достичь более или менее комфортного ощущения себя в окружающем мире. Тревожность, неустойчивость, амбивалентность чувств, которые он испытывает благодаря непрерывному внутреннему конфликту между потребностью получить любовь и уверенностью, что он ее не стоит, делает его стремление к получению любви Другого главной и навязчивой целью его существования [8].

Выдающийся английский ученый Джон Боулби проблему возникновения невроза и формирования невротического характера также рассматривает с точки зрения влияния обстановки, окружающей ребенка в первые годы его жизни, и тех событий, которые с ним происходят. Он подчеркивал глубокую потребность младенцев и маленьких детей в физической привязанности к одному постоянному объекту. Если эта примитивная потребность не удовлетворяется, наступает анаклитическая депрессия, т.е. уход от мира и переход к апатии. Теория Д. Боулби раскрывает привязанность к матери одновременно и как определенное *активное поведение* ребенка, и как *эмоциональную связь* с ней. Привязанность не является просто вторичным явлением, возникающим в результате кормления, а основной потребностью всех живых существ. Ни одна форма поведения не сопровождается более сильными чувствами, чем поведение привязанности. Пока ребенок уверен в присутствии главного лица, к которому привязан, или его досягаемости, он чувствует себя в безопасности. Угроза его потери вызывает у ребенка тревогу, а действительная потеря – горе; более того, и то, и другое часто вызывают у ребенка гнев [5].

По мнению Д. Боулби, не только детям, но и подросткам и взрослым людям свойственна потребность в фигуре привязанности, которая обеспечивает человека безопасной основой, исходя из которой он может действовать. У взрослых людей данное требование обычно менее заметно проявляется и в различной степени выражено на раз-

личных фазах жизни. Многие формы функционирования нарушенной личности отражают ухудшенную способность индивида узнавать подходящие и желающие контакта фигуры и/или ухудшенную способность сотрудничать с такой фигурой, когда она найдена, во взаимно-полезных взаимоотношениях. Такое ухудшение может быть выражено в любой степени и принимает много разных форм: они включают в себя тревожное цепляние, требования, чрезмерные или очень интенсивные для данного возраста и ситуации, отчужденную отстраненность и демонстративную независимость. «Здоровая личность... ни в коей мере не оказывается столь независимой, как это предполагают культурные стереотипы. Существенно важными ингредиентами здоровой личности являются способность доверчиво опираться на других людей, когда этого требует ситуация, и знание, на кого стоит опереться. Человек, функционирующий здоровым образом, способен к изменению ролей, когда изменяется ситуация» [6]. Те, у кого нет опыта надежной и нежной привязанности в детстве, не защищены даже от малейшего недостатка поддержки и могут развить хроническую зависимость или обособленность. Этим объясняется генезис спутанных и выпутанных семей.

Основатель нового направления в современном психоанализе, психологии самости, Х. Кохут говорит о том, что определяющими в мире переживаний ребёнка являются не влечения. Формирование прочной, надёжной самости, а также чувства устойчивой идентичности происходит благодаря наличию постоянного градиента напряжения, существующего между двумя главными элементами ядерной самости: самоутверждения и восхищения идеалом. Центральный кризис раннего периода развития ребенка – «безграничный эксгибиционизм», побуждающий его привлекать внимание своих родителей и всего мира. Ребенок стремится получить признание и, если в детстве он усваивает, что его высоко ценят значимые близкие люди, он вырастает сильной и уверенной в себе личностью. Если же родители недостаточно принимали и выражали восхищение, тогда, став взрослым, человек то подавляет жажду внимания, то позволяет ей вырваться наружу всякий раз, когда он оказывается среди чутких слушателей [13].

В большинстве психологических теорий и подходов динамика развития движется от выраженной зависимости ребенка к эмоциональной автономии, внутренней свободе и способности создавать взаимозависимые отношения.

В теории М. Боуэна, представителя системного направления в изучении семьи, понятие общего уровня функционирования семьи

является производным от понятия дифференциации Я, характеризующего людей по степени слитности или отдельности эмоционального и интеллектуального функционирования. Теория семейных систем центрируется вокруг двух уравнивающих жизненных сил: сплоченность и индивидуальность. В идеале эти две силы находятся в равновесии. Нарушение равновесия в сторону сплоченности М. Боуэн называет «недифференциацией». Это понятие является одновременно и интрапсихическим и интерперсональным явлением. Отсутствие дифференциации между мышлением и чувством сопровождается отсутствием дифференциации между собой и другими. Недифференцированность в рамках семейной системы означает, что человек легко попадает в эмоциональную зависимость от других членов семьи, не может отделить друг от друга эмоции и разум, собственные эмоции и эмоции значимых для него людей. Низко дифференцированные люди эмоционально реагируют на предписания членов семьи или других авторитарных фигур и имеют слабую автономную идентичность. Недифференцированность на индивидуальном уровне характеризуется эмоциональной незрелостью, низкой стрессоустойчивостью, зависимостью от мнения окружающих, неадекватной самооценкой. Слиянным людям сложно отделить себя от других, особенно в отношении важных вопросов. По Боуэну, созависимые отношения между взрослыми людьми – это форма проявления проекции в процессе передачи от поколения к поколению, когда недифференцированность родителей формирует у ребенка преимущественное ролевое поведение в форме либо подчиняющейся, либо доминирующей личности. Базисный уровень дифференцированности личности обусловлен предшествующими поколениями и родителями, с которыми вырос человек [7, 9, 20, 22].

Таким образом, анализ разных направлений классической психологии и современных объяснительных моделей позволяет говорить о системной причинности формирования созависимости личности. Нарушение взаимоотношений в семье (структурных, функциональных, коммуникативных, ролевых и т.д.) приводит к нарушениям личностного развития. Созависимость как нарушение развития личности может развиваться и в отсутствие зависимостей у членов семьи. Ее предвестником являются незавершенные сепарационные процессы детей от родителей, а также неудовлетворенность первичных потребностей в раннем возрасте. Ранние объектные отношения интериоризируются и оказывают детерминирующее влияние на формирование психических структур и на различные типы внутренних конфликтов.

Значимость изучения генезиса и психологических механизмов развития созависимости личности связана с необходимостью создания программ психологической помощи, поскольку созависимость имеет серьезные негативные последствия как для жизни отдельного индивида, для семейных отношений, так и для общества в целом, поскольку самым серьезным образом отражается на всех уровнях функционирования личности – семейном, профессиональном, социальном, соматическом, психологическом.

Созависимость как сложное системное явление, включающее в себя одновременно как внутриспсихическую, так и межличностную динамику, требует комплексного подхода к изучению причин его развития и систематизации представлений об особенностях функционирования созависимой личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балинт М. Базисный дефект: Терапевтические аспекты регрессии. М.: Когито-Центр, 2002. 256 с.
2. Белоколов В.В., Николаев Е.Л. Семейные эмоциональные коммуникации у больных с психическими расстройствами // Вестник Чувашского университета. 2013. № 4. С. 192–196.
3. Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Е.А. Психология наркотической зависимости и созависимости. М.: МПА, 2001. 191 с.
4. Битти М. Алкоголик в семье или преодоление созависимости. М.: Физкультура и спорт, 1997. 331 с.
5. Боулби Д. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477 с.
6. Боулби Д. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004. 232 с.
7. Боуэн М. Взгляд на социальную регрессию с позиции теории семейных систем // Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. М.: Когито-Центр, 2005. С. 125–138.
8. Емельянова Е.В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб.: Речь, 2004. 368 с.
9. Кливер Ф. Слияние и дифференциация в браке // Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. М.: Когито-Центр, 2005. С. 305–338.
10. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ в развитии. Сборник переводов. Екатеринбург: Деловая книга, 1999. С. 59–107.
11. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. СПб.: Б.С.К., 1997. 96 с.
12. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 460 с.
13. Кохут Х. Восстановление самости. М.: Когито-центр, 2002. 316 с.
14. Манухина Н. Созависимость глазами системного терапевта. М.: Класс, 2009. 280 с.

15. Минухин С. Техники семейной терапии. М.: Класс, 1998. 296 с.
16. Москаленко В. Зависимость: семейная болезнь. М.: ПЕРСЭ, 2006. 352 с.
17. Москаленко В. Когда любви слишком много: Профилактика любовной зависимости. М.: Психотерапия, 2006. 224 с.
18. Назаров Е.А. Наркотическая зависимость и созависимость личности в семье: дис. ... канд. психол. наук. М., 2000. 203 с.
19. Николаев Е.Л., Чупрова О.В. Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе «зависимый–созависимый» // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 102–105.
20. Николс М. Теоретический контекст семейной психотерапии // Семейная психотерапия. СПб.: Питер, 2000. С. 27–56.
21. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы. М.: ЭКСМО, 2004. 960 с.
22. Паперо Д. Семья как элементарная единица // Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика / под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. М.: Когито-Центр, 2005. С. 107–126.
23. Поттер-Эффрон Р.Д. Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002. 416 с.
24. Психоаналитические труды: в 7 т. / пер. с англ. под науч. ред. С.Ф. Сироткина и М.Л. Мельниковой. Ижевск: ERGO, 2007, 2011. 320 с.
25. Сатир В. Психотерапия семьи (Психотерапия на практике). СПб.: Речь, 2006. 288 с.
26. Сатир В. Как строить себя и свою семью. М.: Педагогика-Пресс, 1992. С. 60–82.
27. Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. М.: Медицина, 1989. 208 с.
28. Хемфелт Р., Минирт Ф., Майер П. Выбираем любовь. Борьба с созависимостью. М.: Триада, 2007. 320 с.
29. Чернобровкина Т.В. Созависимость реактивное состояние или заболевание? Краткий анализ современных воззрений на феномен созависимости // Психическое здоровье. 2009. № 4. С. 57–73; № 5. С. 63–75; № 8. С. 66–80.
30. Шварц-Салант, Н. Черная ночная рубашка. Комплекс слияния и непрожитая жизнь. М.: Институт консультирования и системных решений, 2008. 237 с.
31. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Семья как источник психической травматизации личности // Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. С. 19–46.
32. Bradshaw J. Bradshaw On: The Family. Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc., 1996, 303 p.
33. Bradshaw J. Healing the Shame That Binds You (Recovery Classics). Pompano Beach, FL: Health Communications, Inc., 2005, 315 p.
34. Cermak T. Diagnosing and treating codependence. Hazelden Publ., 1998, 132 p.
35. Morgan Jr., J.P. What is codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 1991, vol. 47, no. 5, pp. 720–729.

REFERENCES

1. Balint M. *Bazisnyi defekt: Terapevticheskie aspekty regressii* [The Basic fault: Therapeutic aspects of regression]. Moscow, Kogito-CENTR Publ., 2002. 256 p.
2. Beloborodov V.V., Nikolaev E.L. *Semeinye emotsional'nye kommunikatsii u bol'nykh s psikhicheskimi rasstroistvami* [Family emotional communication in patients with mental disorders]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 4, pp. 192–196.

3. Berezin S.V., Lisetskii K.S., Nazarov, E.A. *Psikhologiya narkoticheskoi zavisimosti i sozavisimosti* [Psychology of addiction and codependency]. Moscow, IPA Publ., 2001, 191 p.
4. Beattie M. *Alkogolik v sem'e ili preodolenie sozavisimosti* [The Alcoholic in the family, or the overcoming of codependency]. Moscow, Physical culture and sport Publ., 1997, 331 p.
5. Bowlby J. *Privyazannost'* [Attachment]. Moscow, Gardariki Publ., 2003, 477 p.
6. Bowlby J. *Sozdanie i razrushenie emotsional'nykh svyazei* [Creation and destruction of emotional ties]. Moscow, Academic project Publ., 2004, 232 p.
7. Bowen M. *Vzglyad na sotsial'nuyu regressiyu s pozitsii teorii semeinykh sistem* [Look at social regression theory family systems]. *Teoriya semeinykh sistem Myurreya Bouena: Osnovnye ponyatiya, metody i klinicheskaya praktika* [Theory family systems Murray Bowen: Basic concepts, methods and clinical practice]. Moscow, Kogito-CENTR Publ., 2005, pp. 125–138.
8. Emelyanova E.V. *Krizis v sozavisimyykh otnosheniyakh. Printsipy i algoritmy konsul'tirovaniya* [Crisis in codependent relationships. Principles and algorithms of counseling]. St. Petersburg, Speech Publ., 2004, 368 p.
9. Cleaver F. *Sliyanie i differentsiatsiya v brake*. [Fusion and differentiation in marriage]. *Teoriya semeinykh sistem Myurreya Bouena: Osnovnye ponyatiya, metody i klinicheskaya praktika* [Theory family systems Murray Bowen: Basic concepts, methods and clinical practice]. Moscow, Kogito-CENTR Publ., 2005, pp. 305–338.
10. Klein M. *Nekotorye teoreticheskie vyvody, kasayushchiesya emotsional'noi zhizni rebenka* [Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the child]. Ekaterinburg, Business book Publ., 1999, pp. 59–107.
11. Klein M. *Zavist' i blagodarnost'*. *Issledovanie bessoznatel'nykh istochnikov* [Envy and gratitude. A study of unconscious sources]. St. Petersburg, B.S.K. Publ., 1997, 96 p.
12. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. *Sotsiodinamicheskaya psixhiatriya* [Sociodynamic psychiatry]. Moscow, Academic Project Publ., Ekaterinburg, Business book Publ., 2000, 460 p.
13. Kohut H. *Vosstanovlenie samosti* [The Restoration of the self]. Moscow, Kogito-CENTR Publ., 2002, 316 p.
14. Manukhina N. *Sozavisimost' glazami sistemnogo terapevta* [The codependence eyes systemic therapist]. Moscow, Class Publ., 2009, 280 p.
15. Minukhin S. *Tekhniki semeinoi terapii* [Techniques of family therapy]. Moscow, Class Publ., 1998, 296 p.
16. Moskalenko V. *Zavisimost': semeinaya bolezni* [Dependence: family illness]. Moscow, PERSE Publ., 2006, 352 p.
17. Moskalenko V. *Kogda lyubvi slishkom mnogo: Profilaktika lyubovnoi zavisimosti* [When love too much: Prevention love dependence]. Moscow, Psychotherapy Publ., 2006, 224 p.
18. Nazarov E.A. *Narkoticheskaya zavisimost' i sozavisimost' lichnosti v sem'e: dis. kand. psikhol. nauk* [Drug dependence and codependence of the individual in the family: Diss. Candidate Psychol. Sciences]. Moscow, 2000, 203 p.
19. Nikolaev E.L., Chuprova O.V. *Psikhologicheskie osobennosti temporal'noi perspektivy lichnosti v sisteme «zavisimy-sozavisimy»* [Psychological peculiarities of temporal perspective of an individual in the system of «dependent-codependent»]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 2, pp. 102–105.
20. Nichols M. *Teoreticheskii kontekst semeinoi psixhoterapii. Seimeinaya psixhoterapiya* [The theoretical context of family therapy. Family therapy]. St. Petersburg, Piter Publ., 2000, pp. 27–56.

21. Nichols M., Schwartz, R. *Semeinaya terapiya. Kontseptsii i metody* [Family therapy. Concepts and methods]. Moscow, EKSMO Publ., 2004, 960 p.
22. Papero D. *Sem'ya kak elementarnaya edinitsa* [The family as the basic unit] *Teoriya semeinykh sistem Myurreya Bouena: Osnovnye ponyatiya, metody i klinicheskaya praktika* [Theory family systems Murray Bowen: Basic concepts, methods and clinical practice]. Moscow, Kogito-CENTR Publ., 2005, pp. 107–126.
23. Potter-Effron R.D. *Styd, vina i alkogolizm: klinicheskaya praktika* [Shame, guilt and alcoholism: a clinical practice]. Moscow, Institute for Humanities research Publ., 2002, 416 p.
24. Klein M. *Psychoanalytical Works. 7 vols.* London, The Random House Group Ltd., 1998 (Russ. ed.: *Psikhoanaliticheskie trudy: v 7 t.* Izhevsk, ERGO Publ., 2007).
25. Satir V. *Psikhoterapiya sem'i (Psikhoterapiya na praktike)* [Family Psychotherapy (Therapy in practice)]. St. Petersburg, Speech Publ., 2006, 288 p.
26. Satir V. *Kak stroit' sebya i svoyu sem'yu* [How to build himself and his family]. Moscow, Pedagogika-Press Publ., 1992, pp. 60–82.
27. Feldshtein D.I. *Psikhologiya razvitiya lichnosti v ontogeneze* [Psychology of development of personality in ontogenesis]. Moscow, Medicine Publ., 1989. 208 p.
28. Hemfelt R., Minirth F., Meier P. *Vybiraem lyubov'. Bor'ba s sozavisimost'yu* [Choosing love. Struggle with co-dependency]. Moscow, Triada Publ., 2007, 320 p.
29. Chernobrovkina T.V. *Sozavisimost' reaktivnoe sostoyanie ili zabolevanie? Kratkii analiz sovremennykh vozzrenii na fenomen sozavisimosti* [Codependence reactive condition or illness? A brief analysis of modern views on the phenomenon of codependence]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental health], 2009, no. 4, pp. 57–73; no. 5, pp. 63–75; no. 8, pp. 66–80.
30. Schwartz-Salant, N. *Chernaya nochnaya rubashka. Kompleks sliyaniya i neprozhitaya zhizn'* [Black nightdress. Complex mergers and unlived life]. Moscow, Institute of Counselling and System Solutions Publ., 2008. 237 p.
31. Eidemiller E. G., Justickis B. *Sem'ya kak istochnik psikhicheskoi travmatizatsii lichnosti* [The Family as a source of mental trauma personality]. *Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i* [Psychology and psychotherapy family]. St. Petersburg, Piter Publ., 1999, pp. 19–46.
32. Bradshaw John Bradshaw On: *The Family.* Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc., 1996, 303 p.
33. Bradshaw John *Healing the Shame That Binds You (Recovery Classics).* Pompano Beach, FL: Health Communications, Inc., 2005, 315 p.
34. Cermak T. *Diagnosing and treating codependence.* *Hazelden Publishing.* 1998. 132 p.
35. Morgan Jr., J.P. *What is codependency?* *Journal of Clinical Psychology,* 1991, vol. 47, no. 5, pp. 720–729.

Осинская С.А., Кравцова Н.А. Системная детерминация созависимости: некоторые подходы к объяснению феномена // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 42–56.

Аннотация. Созависимость как самостоятельный, первичный феномен, имеющий в своей основе нарушение развития личности, требует систематического изучения и анализа существующих подходов к объяснению механизмов формирования созависимости личности. Созависи-

мость имеет серьезные негативные последствия как для самого индивида, так и его ближайшего окружения, создавая благоприятные условия для развития аддиктивного поведения и психосоматических расстройств.

В статье представлен краткий обзор различных научных подходов и направлений психологии к объяснению феномена созависимости: классическая теория психоанализа, теория объектных отношений, психология самости, теории коммуникации, стратегический, структурный и системный семейный подходы. Анализ различных направлений классической психологии и разработанных на их основе современных объяснительных моделей позволяет говорить о системной детерминации феномена созависимости, имеющего сложную многофакторную природу, включающего как внутриспсихическую, так и межличностную динамику.

С позиции представленных в статье подходов созависимость может рассматриваться как нарушение развития личности, формирующееся в ранних детско-родительских отношениях, на основе которого происходит формирование всех других видов зависимостей. При нормативном развитии происходит постепенное движение от выраженной зависимости ребенка к психологической автономии, внутренней свободе и способности создавать взаимозависимые отношения. Одним из основных факторов, приводящих к нарушениям развития и формированию психопатологических конструктов, исследователи относят фактор нарушенного функционирования семьи. Наиболее важными для формирования созависимой личности являются нарушения в эмоциональном функционировании семьи. Особенное значение для патологического развития имеют первичные объектные отношения и степень удовлетворенности первичных потребностей в раннем возрасте.

Ключевые слова: созависимость, аддиктивное поведение, семья, нарушения функционирования семьи, незавершенная сепарация, психологическая автономия, первичные потребности.

Информация об авторах:

Осинская Светлана Александровна, кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры рекламы и связи с общественностью, Дальневосточный федеральный университет. Россия, 690922, г. Владивосток, о. Русский, кампус ДВФУ, корп. F. Тел. +7 800 5550888. veta419@mail.ru.

Кравцова Наталья Александровна, доктор психологических наук, заведующая кафедрой клинической психологии, Тихоокеанский государственный медицинский университет. Россия, 690002, г. Владивосток, пр. Острякова, 2. Тел. +7 423 2429778. mail@vgmu.ru.

Osinskaya S.A., Kravtsova N.A. Sistemnaya determinatsiya sozavisimosti: nekotorye podkhody k ob"yasneniyu fenomena [Systematic determination of codependence: some approaches to the phenomenon explanation] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 42–56.

Abstract. Codependency as an independent primary phenomenon, the basis of which is the disturbance of personality development, calls for the systematic study and analysis of the existing approaches to the explanation of mechanisms for forming codependency. Codependency has severe negative effects for both the person and their nearest and dearest and creates favorable conditions for the development of addictive behaviour and psychosomatic disorders.

The article gives a brief review of various scientific approaches and psychology trends concerning the explanation of the phenomenon of codependency: classical psychoanalysis, object relations theory, the psychology of self, theories of communication, strategic approach, structural approach and systemic family approach. The analysis of different lines of thought of classical psychology and modern explanatory models developed on their basis suggests the systemic determination of the phenomenon of codependency, the nature of which is complex and multifactorial and the dynamics of which is both intrapsychic and interpersonal.

From the point of view of the approaches presented in the article, codependency can be regarded as the disturbance of personality development, which is formed in early child-parent relations and which is the basis for the formation of other types of addictions. In a child's normative development there is a gradual transition from marked dependency to psychological autonomy, inner freedom and the ability to create interdependent relationships. According to researchers, one of the main factors causing the disturbance of development and the formation of psychopathological constructs is the factor of family malfunctioning. Disorders in the emotional functioning of a family are the most important ones for the formation of a codependent personality. Primary object relations and the degree of the satisfaction of primary needs at an early age are of great significance for pathologic personality development.

Keywords: codependency, addictive behavior, family, family functioning disorder, incomplete separation, psychological autonomy, primary needs.

Information about authors:

Osinskaya Svetlana, Ph.D. in Psychology, Lecturer of the Advertising and Public Relations Department, Far Eastern Federal University; Far Eastern Federal University Campus, Russkii island, Vladivostok, 690922, Russia, tel. +7 800 5550888, *ve-ta419@mail.ru*.

Kravtsova Natalia, M.D., Doctor of Psychology, Associate Professor, Head of Clinical Psychology Department, Pacific State Medical University; 2, Ostryakova pr., Vladivostok, 690002, Russia, tel. +7 423 2429778, *mail@vgmu.ru*.

Поступила: 30.01.2016

Received: 30.01.2016

УДК 616.89-008.441.33-052:614.253

ББК Р11(2Рос)286.14

ПРОБЛЕМА ОТВЕТСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ С БОЛЬНЫМ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

А.В. Шевцов

*Научно-исследовательский институт наркологии –
филиал Федерального медицинского исследовательского центра
психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Россия*

В настоящее время **стратегической целью** развития государственной системы оказания наркологической помощи является повышение качества профилактики, а также медицинских и реабилитационных услуг для больных алкоголизмом и наркоманией, разработка новых подходов и методов лечения зависимостей. Следствием реализации современных подходов к организации наркологической помощи должно стать снижение социальных потерь, связанных со злоупотреблением алкоголем и наркотиками, существенное увеличение доли больных, прекративших злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) после лечения. Выявление новых закономерностей течения зависимостей может оказать большое влияние на содержание профилактических, лечебных и медико-реабилитационных программ.

Многочисленные научные публикации свидетельствуют о значительной роли личности в патогенезе зависимостей от ПАВ. Изучение клинических корреляций тяжести синдрома зависимости и преморбидных особенностей по-прежнему имеет высокую актуальность, т.к. оно может позволить оценить риск возникновения и характер дальнейшего течения аддикции. Изучение взаимосвязей «личность – алкоголизм» состоит, главным образом, в поиске устойчивых соотношений между клиническими параметрами алкоголизма и различными вариантами патохарактерологического профиля больных. В связи с чем определённый интерес представляют взгляды И.В. Белокрылова с соавт. [5], которые считают, что при определении личностных особенностей у больных алкоголизмом наряду с клиническими описаниями целесообразно учитывать и отдельные черты личности.

На наш взгляд, на течение зависимостей оказывают влияние не только характерологические особенности и черты личности пациентов, но и их отдельные личностные качества, определяющие структуру личности.

Еще К. Ясперс в своей «Общей психопатологии» писал: «Предметом исследования психопатологии служат действительные, осознанные события психической жизни. Хотя основная задача состоит в изучении патологических явлений, необходимо также знать, что и как человек переживает вообще; иначе говоря, нужно охватить психическую реальность во всем ее многообразии. Нужно исследовать не только переживания как таковые, но и обуславливающие их обстоятельства, их взаимосвязи, а также формы, в которых они (переживания) находят свое выражение» [39].

Поиск новых путей и подходов к эффективному лечению наркологических заболеваний определяет наш исследовательский интерес к такой сложной категории, как ответственность, имеющей как бытовое морально-нравственное, так и философско-психологическое содержание. Выделение фактора **ответственности** как одного из клинических критериев при дифференциации наркологических пациентов с целью определения для них лечебно-реабилитационных программ было бы, на наш взгляд, очень перспективным в научно-практическом плане.

На сегодняшней день не вызывает сомнения, что выраженный полиморфизм наркологических заболеваний в каждом отдельно взятом случае определяется соотношением болезненно измененных и сохранных компонентов психической деятельности индивидуума [38]. Патологические компоненты представлены нарушениями аффективными, идеаторными, соматическими и вегетативными. Исторически сложилось так, что психиатров и наркологов больше интересуют патологические компоненты зависимостей [9–11, 13, 16], психологов и психотерапевтов традиционно интересуют более сохранные компоненты психики [1, 5, 12, 22–24, 29, 42].

Сохранные, или адаптационные компоненты психической деятельности включают в себя преморбидные конституционально-личностные особенности – ответственность, темперамент, волевые качества, активность, способности, амбиции; интеллектуальные ресурсы и социально-адаптационные механизмы. Мы убеждены, что при заинтересованности врача в результатах лечения нельзя игнорировать то сохранный ядро в структуре личности пациента, на которое можно опереться при выстраивании индиви-

дуализированной программы лечения, в структуре которого можно выделить ответственность.

С житейской точки зрения роль ответственности во всех сферах жизни человека и общества неоспорима. В то же время можно согласиться с Л.И. Дементий [12], которая считает, что в научном плане нет работ по комплексному изучению ответственности, которые охватывали бы наиболее значимые сферы жизнедеятельности личности, реализация которых непосредственно зависит от ответственности личности, тогда как ответственность является центральной личностной характеристикой, определяющей стиль жизни [3], дающей возможность личности оптимально разрешать противоречия и трудности жизни [1].

Между тем, как уверена Л.И. Дементий [12], поиск личностных механизмов, психологически обеспечивающих образ жизни людей, принципиально важен для ответа на вопрос: какой психологической ценой платит человек за свой образ жизни? Важно рассмотрение ответственности как сохранного свойства психики, ибо, согласно Н.А. Бердяеву, «отпавшая от ответственности жизнь не может иметь философии: она принципиально случайна и неукоренима». А ведь именно такая «случайность и неукоренимость» часто видна в поведении зависимых пациентов.

Обратимся к истории изучения данного вопроса. Согласно исследованию О.Е. Пазиной [31], многие аспекты ответственности рассматривались еще философами Древнего мира. Древнекитайский мыслитель Конфуций, анализируя взаимоотношения общества и личности, рассматривал это понятие как исходное, способствующее установлению порядка. Античные философы Платон и Аристотель связывали понятие «ответственность» со свободой воли и свободой выбора, справедливо ставя вопрос об ответственности за поступки, совершенные в силу незнания, когда возможно предвидеть результаты своих действий. К античному восприятию понятия «ответственность» близка и марксистская концепция «ответственности», исходящая из соотношения свободы и необходимости, взаимодействия личности и общества. И. Кантом была предпринята попытка изучения содержания понятия ответственности на основе представления о достоинстве человеческой личности [31].

С возникновением в середине прошлого века и последующим нарастанием глобализационных и экологических проблем мыслители-гуманисты пытаются разработать нормы ответственного

отношения людей к обществу и природе, а также своему здоровью не только в утилитарно-потребительском, но и в этическом смысле. Неоднократно упоминает ответственность человека в «Общей психопатологии» К. Ясперс [39]. Ответственность, по его мнению, является непреложным свойством «человека как целое», т.е. человека как совокупности физического и духовного. Ответственность человека является неким ограничителем свободы как вседозволенности. В то же время, противопоставляя свободу и ответственность, К. Ясперс считает их соотношение одним из самых загадочных проявлений человеческой психики.

В. Франкл считает человека ответственным за осуществление смысла жизни и реализацию собственных ценностей в противоположность психоаналитическому представлению о человеке как о существе, детерминированном преимущественно влечениями и стремящегося к наслаждению. Более того, понятие ответственности он считает тесно связанным с представлениями о долге и обязательствах, а также «смысла» – специфического смысла человеческой жизни. Вопрос о смысле и связанной с ним ответственности В. Франкл представляет как первостепенный для врача, когда он сталкивается с психически больным, которого терзают душевные конфликты. Основоположник экзистенциального анализа считает, что быть человеком – значит быть сознательным (осознавать свой собственный смысл жизни) и ответственным (в первую очередь за реализацию этого смысла). В своих трудах В. Франкл неоднократно упоминает работы своих учеников в сфере лечения зависимостей. Он приводит данные, что для 90% больных алкоголизмом и всех 100% больных наркоманиями характерно выраженное ощущение утраты смысла. Психотерапевтический метод, логотерапия, предложенный В. Франклом, построен во многом на возвращении пациенту осознания смысла жизни и регулирования ответственности [37].

В отечественной философии проблема свободы и ответственности всегда занимала одно из ведущих мест. Это прослеживается в работах у Н.А. Бердяева, В.С. Соловьева, П.А. Флоренского, которые находили истоки, смысл и оправдание свободы личности, прежде всего в развитии духовности и укреплении нравственной целостной, ответственной личности.

Современные исследователи, в большей части психологи, также обращаются к проблеме ответственности. Так, К.А. Абульханова-Славская выдвигает идею о том, что субъект, рассматривая

себя ответственным лицом, сам определяет меру своей ответственности, сам вводит критерии, по которым ограничивает поле своей активности, сам ведет контроль [1].

С психологической точки зрения [34] профессиональная успешность и эффективность личности, карьерный рост, успех во взаимоотношениях с другими людьми, материальное, духовное благополучие и многое другое совершенно определённо зависят от того, насколько личность определяет для себя собственную жизненную стратегию, как она самостоятельно ставит и реализует свои жизненные цели. Именно поэтому большое значение приобретает способность личности принимать ответственность за собственную жизнедеятельность. С этой точки зрения ответственность становится центральной личностной характеристикой, определяющей эффективность и успешность социального функционирования человека. В медицинском значении больной принимает на себя ответственность за выполнение врачебных рекомендаций, что, несомненно, отражается на становлении и качестве ремиссий, а значит, он отвечает в значительной мере за развитие собственного заболевания [34].

Ответственность как форма активности личности, контроля и способа принятия необходимых решений позволяет человеку, по мнению А.В. Ремизовой [34], более осознанно подходить к оценке и разрешению различных жизненных ситуаций. Благодаря этому осознанию и принятию ответственности за события человек способен как применять различные стратегии поведения, так и прогнозировать их последствия для себя и окружающих. С позиций философско-психологического анализа категории ответственности большое значение имеет установление ее места в структуре личности, рассмотрение ее компонентов, особенностей формирования и воспитания, роли в жизни личности, а также ее проявлений в различных жизненных ситуациях [34].

А.В. Ремизовой предложено понятие «меры ответственности» разделить на обусловленную извне и обусловленную «изнутри». У людей с внешнеобусловленной мерой ответственности семейные отношения складывались достоверно сложнее, нежели у другой группы. Степень ответственности второй группы людей (ответственность, обусловленная «изнутри») определена автором, как безусловно более высокая [34]. На наш взгляд, подобное разделение может быть актуальным и в наркологии. Глядя на пациентов, находящихся в длительной ремиссии, часто можно констатиро-

вать ответственность, обусловленную изнутри. Впрочем, именно этот аспект нуждается в дополнительном исследовании.

Ответственность нельзя рассматривать в парадигме абсолютности. Не существует абсолютно ответственных или абсолютно безответственных людей, люди не могут быть ответственны все в одинаковой мере. Мера ответственности имеет качественный и количественный показатели. Субъективный аспект ответственности выражается прежде всего в том, что человек сам решает, когда, в какой ситуации и какой мере он будет принимать ответственность и насколько она будет реализована [12].

Если вести речь об ответственности пациента в отношении своего здоровья, то этот вопрос с медицинских позиций наиболее подробно рассмотрен в исследовании С.Я. Бабушкина [4], который исследовал ответственность за свое здоровье больных дорсопатиями. Автор напрямую связывает эффективность лечебного процесса с этой важной нравственной категорией. Автор считает, что «поскольку многие факторы риска обострения дорсопатий определяются поведенческими паттернами (следование врачебным предписаниям, регулярное выполнение показанных физических упражнений, соблюдение принципов рационального питания и т.д.), детерминированным ценностным отношением к своему здоровью, то особое значение приобретает ответственность больного за состояние своего здоровья, особенно в отношении поведенческих факторов риска, способствующих развитию заболевания и его рецидиву».

В работе С.Я. Бабушкина также установлено, что «врачи, считая самих больных с дорсопатиями ответственными за состояние своего здоровья, отмечают преобладание у них экстерсальности, что негативно сказывается на лечебно-реабилитационных мероприятиях (в частности, две трети врачей связывают обострения заболеваний с несоблюдением предписанных рекомендаций)». Важность вопроса ответственности в работе с больными дорсопатиями подтверждается тем, что «более 75% врачей к своим профессиональным обязанностям относят обучение больных быть здоровыми, при этом недостаточная информированность больных с частыми случаями их самолечения и несоблюдение предписанных рекомендаций свидетельствуют о том, что данная функция выполняется врачами в недостаточном объеме, что предполагает их активизацию в научении больных быть здоровыми (с повышением ответственности последних за состояние своего здоровья)» [4].

Упоминания об ответственности пациентов за свое здоровье также встречаются в публикациях по наркологической тематике

Ю.В. Валентика [8], В.В. Макарова [22], В.Ю. Завьялова [15]. Однако авторы чаще всего ориентируются на житейское понимание данной личностной категории. Наличие ответственности у человека, по их мнению, является яркой характеристикой более успешного характера и важной составляющей достижения выздоровления при психосоматических заболеваниях или ремиссии при алкоголизме и наркоманиях. Исследователями больше констатируется факт наличия или отсутствия ответственности у пациента. Фактор ответственности не рассматривается как ключевая мишень психотерапевтического воздействия в работе с больным зависимостями.

Складывается впечатление, что фактор ответственности у человека предопределён заранее – ему либо повезло родиться с ответственностью, и тогда все будет хорошо, либо не повезло. И тогда безответственный от рождения человек имеет высокие шансы быть «неудачником», быть зависимым от воли других людей и внешних обстоятельств. Один из самых печальных уделов человека безответственного – зависимость от ПАВ. Именно такая иллюзия является довольно распространённой среди специалистов, работающих в наркологической практике.

Однако каждый практикующий специалист может вспомнить о существовании немалой группы пациентов, страдающих зависимостями, которые имеют не просто высокую, но чрезмерно высокую степень ответственности. Они часто занимают ответственные должности, руководят бизнесом, управляют предприятиями, имеют семьи и пожилых родителей, зависимых от них. Тем не менее, наличие высокой ответственности не защищает их от наличия зависимости.

В наркологии традиционно распространено мнение, что личностные факторы являются важными этиологическими детерминантами развития наркологических заболеваний [5]. С точки зрения психологии, во главу угла патологического влечения ставится стремление к получению удовольствия, а также агрессивные и аутодеструктивные мотивы аддиктивного поведения. Подчеркивается роль недостаточности исходных волевых качеств индивида (в том числе и ответственности), его неустойчивости с ориентацией на легко достижимые цели, немедленное осуществление желаний. Так, в качестве одного из наиболее патогномичных в отношении развития зависимости типов акцентуации характера и психопатий рассматривается «неустойчивый тип» [21]. В клинических исследованиях также установлена тесная связь психопато-

логических параметров алкоголизма и преморбидных личностных характеристик, варьирующих по осям: «стенические – астенические», экстравертированные – интравертированные» [17].

В многочисленных исследованиях получены убедительные данные относительно патогенетического значения характерологического фактора, оказывающего патопластическое влияние на течение и исходы наркологических заболеваний. В серии работ показано, что от преморбидных конституциональных особенностей характерологического склада зависят клиника и динамика алкоголизма и наркоманий, скорость формирования и тяжесть дефицитарных расстройств [16, 17, 26, 30, 36]. То есть, за основной принцип дифференциации для составления программ и подходов лечения алкоголизма приняты акцентуации характера.

Так, алкоголизм более благоприятно протекает у больных со стеническими чертами характера в преморбидном периоде, злокачественно – у больных с истеровозбудимыми чертами. Группу больных с преморбидными стеническими чертами характера по сравнению с другими отличает относительно малый темп прогрессивности алкоголизма, более позднее начало злоупотребления алкоголем, большая длительность первой стадии заболевания, более старший возраст при обращении за медицинской помощью. Промежуточное положение занимают больные с астеническими чертами характера в преморбидном периоде [17]. Также определены преобладающие преморбидные патохарактерологические черты, влияющие на психопатологические расстройства в абстинентном и постабстинентном периодах героиновой наркомании [16].

При изучении специфической личностной предрасположенности к развитию зависимости от психоактивных веществ большинство исследователей пытаются применить выделяемые в клинической психиатрии типы психопатий и акцентуаций характера [35]. Однако, по мере накопления казуистического материала становится очевидным, что при квалифицировании преморбидных личностных свойств наркологических больных в соответствии с традиционной типологией выделение «алкогольной» и «наркоманической» личностей бесперспективно. Это неизбежно приводит в одних случаях к недоучету многих важных личностных факторов предрасположения, в других – к чрезмерному расширению либо искусственному искажению рамок того или иного классического понятия [5].

С учетом чего оправдан дальнейший вопрос: какие болезненные зоны личности являются наиболее задействованными в пато-

генезе зависимостей от ПАВ? В аспекте определения личностных факторов predisпозиции к наркологическим заболеваниям главным фактором является формирование в преморбиде стойких нарушений саморегуляции и самоконтроля.

Однако подобные исследования, на наш взгляд, не могут предложить принцип группировки наркологических пациентов для составления действительно дифференцированных программ лечения и реабилитации. Попытки однозначно интерпретировать исследования типологии личности больных алкоголизмом не приводят к формулированию программ и подходов к лечению. По-видимому, в области наркологической патологии личности столь различны, что речь может идти о континууме, ряде типов личностей, не отграниченных четко друг от друга, считает В.Д. Москаленко [25].

С понятием ответственности пациента тесно связано современное понятие комплаенса как осознанного выполнения больным рекомендаций врача [2]. Исследования, направленные на изучение низкой мотивации на лечение [20, 24], также, на наш взгляд, имеют связь с ответственностью пациента. Что имеет важное значение не только для наркологии, но и для лечения любых хронических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и пр.

Об ответственности как важном факторе становления ремиссии пишут сторонники православной психотерапии [6, 7, 14]. Часто можно встретить подобные упоминания при описании различных реабилитационных программ. Упоминание об исследовании ответственности мы обнаружили в структуре исследований уровня реабилитационного потенциала (УРП) в работах Т.Н. Дудко [13]. При исследовании УРП наркологических пациентов ответственность учитывается как дополнительная личностно-социальная характеристика. Отмечено, что ее наличие влияет на принадлежность к высокому УРП. Ответственность рассматривается при оценке личностных изменений, приобретенных при развитии заболевания. Оценивает ее врач в совокупности с такими нарушениями, как чувства долга и стыда, появлением лживости, грубости, позерства и пр. Неизменная ответственность градуируется оценкой «4» балла. Легкое снижение – «-1» балл; среднее снижение – «-2» балла; тяжелое нарушение (безответственность) – «-3» балла [33]. Таким образом, подразумевается, что «нормальная» ответственность присуща здоровому человеку, либо пациенту с легкой, малопрогредиентной формой течения зависимости. При

развитии зависимости ответственность снижается постепенно, до полного исчезновения.

Разбирая разработанность проблемы ответственности в современной медицине и в наркологии в частности, стоит заметить, что если вопросы ответственности пациента за результаты лечения еще в какой-то мере освещены в научной печати, то практически не освещённым остаётся вопрос об ответственности врача за результаты лечения. Если в хирургии врач полностью принимает на себя ответственность за результат операции, то в наркологии принципы лечения иные. Именно поэтому просто неэтично было бы возлагать всю полноту ответственности только на пациента. Представляется возможным определенное разделение врачом с пациентом ответственности за лечение. Однако критерии такого разделения до сих пор остаются неясными.

В зарубежной литературе по химическим зависимостям вопрос ответственности также периодически поднимается. Но он ставится гораздо чаще в плоскости социальной ответственности общества [40, 44, 46], нежели в отношении ответственности самого больного зависимостями [43, 45] или врача [41].

То есть налицо явная неразработанность данной проблемы в современной наркологии. Что может лежать в основе такой ситуации? Редкое внимание исследователей к проблеме ответственности при работе с зависимыми от ПАВ можно объяснить общей биопсихосоциальной направленностью отечественной наркологии. В работах психологов и психотерапевтов разработок, выходящих в плоскость соприкосновения с проблемой ответственности, можно встретить гораздо больше.

В частности, многие авторы убеждены в необходимости включения в общую концепцию психотерапии и профилактики духовного компонента, целиком базирующегося на осознанной ответственности личности за свою жизнь и свои действия, т.к. он тесно взаимосвязан с задачами помощи больному [27, 28]. Так, немецкий психотерапевт Н. Пезешкиан обосновывает его четырьмя формами переработки конфликтов, среди которых важную роль играет духовная составляющая (фантазии, будущее) [32]. Московский психотерапевт В.В. Макаров говорит о необходимости перехода психотерапии на четырехчастную – биопсихосоциодуховную – парадигму понимания человека [22]. Казанский психотерапевт и нарколог А.М. Карпов обращает внимание на определяющее значение духовных потребностей человека в регуляции пове-

дения [18, 19]. Коллектив Санкт-Петербургских исследователей уже не первый год работает с зависимыми больными в рамках духовно ориентированной психотерапии [14].

С нашей точки зрения, ответственность пациента или степень его ответственности является важнейшей категорией каждой из четырех составляющих целостной парадигмы понимания человека – физиологической, психологической, социальной и духовной. Мы считаем, что понимание роли ответственности недостаточно не только у наркологических пациентов, но и у самих врачей. В то время как непонимание врачом важности ответственности как со стороны пациента, так и со стороны собственной профессиональной позиции может привести к неэффективности реализации любых медико-реабилитационных мероприятий при лечении наркологических заболеваний. Напротив, при успешно проведённой работе по изменению отношения к ответственности можно ожидать существенного увеличения эффективности наркологической помощи.

Данная направленность вектора изучения проблемы ответственности в наркологической практике может помочь уйти от общих рассуждений о ее важности, определить конкретную роль ответственности на уровне жизнедеятельности человека в условиях зависимости, что является важным для любого наркологического пациента.

В заключение стоит отметить, что проведённый анализ характера освещения проблемы ответственности в современной научной литературе с учётом потребностей наркологической клиники позволил сформулировать следующее определение ответственности. *Ответственность – волевое личностное качество человека, проявляющееся осознанным самоконтролем и субъективной готовностью отвечать за собственные действия и их последствия.*

В ходе анализа литературы установлено, что ответственность как личностное качество свойственна каждому человеку, в том числе и наркологическому пациенту. Ответственность наркологического больного за состояние своего здоровья является важным личностным адаптационным фактором, во многом определяющим течение заболевания. Учет степени ответственности наркологического пациента как отдельного личностного фактора может быть рекомендован к использованию в лечебной практике как дополнительная клиническая характеристика. Психотерапевтическая проработка проблем с ответственностью может играть важную роль как при реализации профилактических, так и лечебно-реабилитационных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
2. Агибалова Т.В., Бузык О.Ж., Голощাপов И.В., Рычкова О.В. Комплаенс в наркологии: старая проблема и новый подход // Российский медико-биологический вестник им. Акад. И.П. Павлова. 2008. № 1. С. 112–117.
3. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1. С. 3–16.
4. Бабушкин С.Я. Ответственность больных с дорсопатиями за состояние своего здоровья: дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 121 с.
5. Белокрылов И.В., Даренский И.Д., Ровенских И.Н. Психотерапия наркологических больных // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 2. С. 120–171.
6. Бельков С. Духовно-ориентированная психотерапия патологических зависимостей // Наркология. 2009. № 11. С. 86–90.
7. Берестов А. Сравнительный анализ методик реабилитации алкоголь- и наркозависимых: православной и «12 шагов» // Наркология. 2009. № 5. С. 73–86.
8. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М.: Нолидж, 2000. С. 309–340.
9. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004. 235 с.
10. Голенков А.В., Николаев Е.Л., Булыгина И.Е., Цетлин М.Г. Клинико-эпидемиологические особенности алкоголизма у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Вопросы наркологии. 1999. № 4. С. 32–37.
11. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003. 215 с.
12. Дементий Л.И. Ответственность: типология и личностные основания. Омск: Изд-во ОмГУ, 2001. 192 с.
13. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 2. С. 222–270.
14. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей / под ред. Г.И. Иванова. СПб.: ИИЦ ВМА, 2008. 504 с.
15. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1988. 198 с.
16. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). М.: Медпрактика, 2000. 121 с.
17. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. О значении личностных особенностей для клиники и лечения алкоголизма // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1978. Т. 77, вып. 2. С. 237–239.
18. Карпов А.М. Здравствуйтесь, если хотите: образовательно-воспитательные основы интеграции медицины, экологии, образа жизни и власти. Казань: Медицинская литература, 2008. 223 с.
19. Карпов А.М. Информационно-методическая подготовка гражданского общества для защиты от наркоагрессии // Казанский педагогический журнал. 2015. № 1(108). С. 108–111.
20. Кузнецов А.Г. Комплексная терапия больных опийной наркоманией с низкой мотивацией на лечение: дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 167 с.

21. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания / Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина. 1977. С. 61–70.
22. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проект. Екатеринбург: Деловая книга, 1999. 416 с.
23. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб.: Евразия, 1999. 478 с.
24. Минков Е.Г. Мотивации: структура и функционирование. Дубна: Феникс, 2007. 416 с.
25. Москаленко В.Д. Психокоррекционная работа с семьями больных с зависимостью от психоактивных веществ // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 2. С. 172–187.
26. Небаракова Т.П. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами астенического круга: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1977. 23 с.
27. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
28. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90–99.
29. Николаев Е.Л., Чупрова О.В. Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе «зависимый–созависимый» // Вестник Чувашского университета. 2013. № 2. С. 102–105.
30. Новиков Е.М. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными характерологическими чертами истерического круга: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1977. 24 с.
31. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: пер. с нем. М.: Медицина, 1996. 464 с.
32. Приказ Минздрава России от 22.10.2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения больных “Реабилитация больных наркоманией (Z 50.3)”».
33. Ремизова А.В. Мера ответственности личности в семейной жизни и трудовой деятельности: дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2009. 195 с.
34. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. М.: Медгиз, 1956. 356 с.
35. Трубочанинова О.Н. Хронический алкоголизм у больных с преморбидными чертами характера стенического круга: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982. 19 с.
36. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 366 с.
37. Чирко В.В., Демина М.В. Руководство по клинической наркологии. М.: Медпрактика-М, 2010. 324 с.
38. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1053 с.
39. Babor T., Hall W., Humphreys K., Miller P., Petry N., West R. Who is responsible for the public's health? The role of the alcohol industry in the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol. *Addiction*. 2013 Dec; 108(12): 2045–47. doi: 10.1111/add.12368.
40. Io A., Yoshimoto H. [What are the physician's role and responsibility in the law named «Basic Act on Measures against Alcohol-related Health Harm?»]. *Nihon Rinsho*. 2015 Sep; 73(9): 1585–91 (Japanese).
41. Johnson R.A., Lukens J.M., Kole J.W., Sisti D.A. Views about responsibility for alcohol addiction and negative evaluations of naltrexone. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*. 2015 Mar 8; 10: 10. doi: 10.1186/s13011-015-0004-7.

42. Lazarus R., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. N.Y., Springer, 1984, 456 p.
43. Lorant V., Nicaise P., Soto V.E., d'Hoore W. Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*. 2013 Jun 28; 13: 615. doi: 10.1186/1471-2458-13-615.
44. Murphy J.G., Yurasek A.M., Meshesha L.Z., Dennhardt A.A., MacKillop J., Skidmore J.R., Martens M.P. Family history of problem drinking is associated with less sensitivity of alcohol demand to a next-day responsibility. *J. Stud. Alcohol Drugs.*, 2014 Jul; 75(4): 653–63.
45. Radacsi G., Hardi P. Substance misuse prevention as corporate social responsibility. *Subst. Use Misuse*. 2014 Mar; 49(4): 352–63. doi: 10.3109/10826084.2013.841242.

REFERENCES

1. Abul'khanova-Slavskaya K.A. *Strategiya zhizni* [Strategy of life]. Moscow, Mysl' Publ., 1991, 299 p.
2. Agibalova T.V., Buzik O.Zh., Goloshchapov I.V., Rychkova O.V. *Komplaens v narkologii: staraya problema i novyi podkhod* [Compliance in addictology: old problem, new approach]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [Academician I.P. Pavlov Russian Medical and Biological Bulletin], 2008, vol. 1, pp. 112–117.
3. Antsyferova L.I. *Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivanie, preobrazovanie situatsii i psikhologicheskaya zashchita* [Person in hard living conditions: reconsidering, transformation of situation and psychological defence]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Journal of Psychology], 1994, vol. 1, pp. 3–16.
4. Babushkin S.Ya. *Otvetstvennost' bol'nykh s dorsopatiyami za sostoyanie svoego zdorov'ya: dis. ... kand. med. nauk* [Health status responsibility of dorsopathic patients. PhD thesis]. Volgograd, 2007, 121 p.
5. Belokrylov I.V., Darenskii I.D., Rovenskikh I.N. *Psikhoterapiya narkologicheskikh bol'nykh* [Psychotherapy of drug addicts]. In: Ivanets N.N., ed. *Rukovodstvo po narkologii* [Handbook of addictology]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2002, vol. 2, pp. 120–171.
6. Bel'kov S. *Dukhovno-orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostei* [Spirituality-oriented psychotherapy of pathologic addictions]. *Narkologiya* [Addictology], 2009, vol. 11, pp. 86–90.
7. Berestov A. *Sravnitel'nyi analiz metodik reabilitatsii alkogol'- i narkozavisimykh: pravoslavnoi i «12 shagov»* [Comparative analysis of drug and alcohol addicts rehabilitation methods: Orthodox Christianity and 12 Steps programs]. *Narkologiya* [Addictology], 2009, vol. 5, vol. 73–86.
8. Valentik Yu.V. *Sovremennye metody psikhoterapii bol'nykh s zavisimost'yu ot psikoaktivnykh veshchestv* [Actual methods of substance abusers' psychotherapy]. In: Ivanets N.N., ed. *Lektsii po narkologii* [Addictology: lectures]. Moscow, Nolidzh Publ., 2000, pp. 309–340.
9. Vinnikova M.A. *Remissii pri geroinovoi narkomanii (klinika, etapy techeniya, profilaktika retsidivov): dis. ... dokt. med. nauk* [Remission in heroin addiction: clinic, course, relapse prevention. Doct. diss.]. Moscow, 2004, 235 p.
10. Golenkov A.V., Nikolaev E.L., Bulygina I.E., Tsetlin M.G. *Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti alkogolizma u likvidatorov avarii na Chernobyl'skoi AES* [Clinical and epidemiological specific of alcoholism in Chernobyl Nuclear Power Plant disaster liquidators]. *Voprosy narkologii* [Issues of Addictology], 1999, vol. 4, pp. 32–37.
11. Gofman A.G. *Klinicheskaya narkologiya* [Clinical addictology]. Moscow, Miklosh Publ., 2003, 215 p.

12. Dementii L.I. *Otvetstvennost': tipologiya i lichnostnye osnovaniya* [The typology and personality base of responsibility]. Omsk, Omsk State University Publ., 2001, 192 p.
13. Dudko T.N. *Reabilitatsiya narkologicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of drug addicts]. In: Ivanets N.N., ed. *Rukovodstvo po narkologii* [Handbook of addictology]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2002, vol. 2, pp. 222–270.
14. Ivanov G.I., ed. *Dukhovno-orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostei* [Spirituality-oriented psychotherapy of pathologic addictions]. St. Petersburg, Military Medical Academy Information & Publishing Center, 2008, 504 p.
15. Zav'yalov V.Yu. *Psikhologicheskie aspekty formirovaniya alkohol'noi zavisimosti* [Psychological aspects of alcoholism development]. Novosibirsk, Siberian Department of Russian Academy of Sciences Publ., 1988, 198 p.
16. Ivanets N.N., Vinnikova M.A. *Geroinovaya narkomaniya (postabstinentnoe sostoyanie: klinika i lechenie)* [Post-abstinence state of heroine addiction: clinic and therapy]. Moscow, Medpraktika Publ., 2000, 121 p.
17. Ivanets N.N., Igonin A.L. *O znachenii lichnostnykh osobennostei dlya kliniki i lecheniya alkoholizma* [On significance of personality traits for clinic and therapy of alcoholism]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov neuropathology and psychiatry journal], 1978, vol. 77, no. 2, pp. 237–239.
18. Karpov A.M. *Zdravstvuite, esli khotite: obrazovatel'no-vospitatel'nye osnovy integratsii meditsiny, ekologii, obraza zhizni i vlasti* [Be healthy, if you want: integration of medicine, ecology, lifestyle and power: educational and pedagogical base]. Kazan, Meditsinskaya Literatura Publ., 2008, 223 p.
19. Karpov A.M. *Informatsionno-metodicheskaya podgotovka grazhdanskogo obshchestva dlya zashchity ot narkoagressii* [Information and methodological readiness of civil society for opposition to drug aggression]. *Kazanskii pedagogicheskii zhurnal* [Kazan Pedagogical Journal], 2015, vol. 1(108), pp. 108–111.
20. Kuznetsov A.G. *Kompleksnaya terapiya bol'nykh opiinoi narkomaniei s nizkoi motivatsiei na lechenie: dis. ... kand. med. nauk* [Complex therapy of opium addicts with insufficient motivation. PhD thesis]. Moscow, 2010, 167 p.
21. Lichko A.E. *Narkotizm (upotreblenie narkotikov) i podrostkovaya narkomaniya* [Narcotism (drug abuse) and adolescent drug addiction]. *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov* [Psychopathy and accentuated personality of adolescents]. Leningrad, Meditsina Publ., 1977, pp. 61–70.
22. Makarov V.V. *Izbrannye lektsii po psikhoterapii* [Selected lectures on psychotherapy]. Moscow, Academic Project Publ., Ekaterinburg, Delovaya Kniga Publ., 1999, 416 p.
23. Maslow A.H. *Motivation and Personality*. Harper & Brothers, 1954, 411 p. (Russ. ed.: Maslou A. *Motivatsiya i lichnost'*. St. Petersburg, Evraziya Publ., 1999, 478 p.).
24. Minkov E.G. *Motivatsii: struktura i funktsionirovanie* [Structure and functioning of motivations]. Dubna, Feniks Publ., 2007, 416 p.
25. Moskalenko V.D. *Psikhokorreksionnaya rabota s sem'yami bol'nykh s zavisimost'yu ot psikhooaktivnykh veshchestv* [Psychological correction of substance abusers' families]. In: Ivanets N.N., ed. *Rukovodstvo po narkologii* [Handbook of addictology]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2002, vol. 2, pp. 172–187.
26. Nebarakova T.P. *Klinika i lechenie khronicheskogo alkoholizma u lits s premorbidnymi chertami astenicheskogo kruga: avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Clinic and treatment of chronic alcoholism in persons with premorbid asthenic traits. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1977, 23 p.

27. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroystv* [The problems of spiritual development in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, vol. 14, pp. 9–20.
28. Nikolaev E.L. *Sistema semeinykh i dukhovnykh tsennostei pri psikhicheskoi deadaptatsii* [System of family and spiritual values in psychical disadaptation]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2005, vol. 2, pp. 90–99.
29. Nikolaev E.L., Chuprova O.V. *Psikhologicheskie osobennosti temporal'noi perspektivy lichnosti v sisteme «zavisimyi-sozavisimyi»* [Psychological features of person's time perspective in «addicted-codependent» relations system]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 2, pp. 102–105.
30. Novikov E.M. *Klinika i lechenie khronicheskogo alkogolizma u lits s premorbidnymi kharakterologicheskimi chertami istericheskogo kruga: avtoref. dis. kand. ... med. nauk* [Clinic and treatment of chronic alcoholism in persons with premorbid hysterical personality traits. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1977, 24 p.
31. Peseschkian N. *Psychosomatik und positive Psychotherapie: transkultureller und interdisziplinärer Ansatz am Beispiel von 40 Krankheitsbildern*. Fischer-Taschenbuch-Verlag, 1993, 589 p. (Russ. ed.: Pezeshkian N. *Psikhosomatika i pozitivnaya psikhoterapiya: mezkul'turnye i mezhdistsiplinarnye aspekty na primere 40 istorii bolezni*. Moscow, Meditsina Publ., 1996, 464 p.).
32. Russian Public Health Ministry order no. 500 from 22 Oct. 2003 «On approval of patient aftercare protocol “Drug addicts (Z 50.3) rehabilitation”».
33. Remizova A.V. *Mera otvetstvennosti lichnosti v semeinoy zhizni i trudovoi deyatelnosti: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Personal responsibility measure in family life and work activity. PhD thesis]. Kazan, 2009, 195 p.
34. Strel'chuk I.V. *Klinika i lechenie narkomanii* [Clinic and treatment of drug addiction]. Moscow, Medgiz Publ., 1956, 356 p.
35. Trubchaninova O.N. *Khronicheskii alkogolizm u bol'nykh s premorbidnymi chertami kharaktera stenicheskogo kruga: avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Chronic alcoholism in patients with premorbid sthenic personality traits. Abstract of PhD thesis]. Moscow, 1982, 19 p.
36. Frankl V.E. *Man's search for meaning*. 3rd ed. Pocket Books, 1959, 221 p. (Russ. ed.: Frankl V. *Chelovek v poiskakh smysla*. Moscow, Progress Publ., 1990, 366 p.).
37. Chirko V.V., Demina M.V. *Rukovodstvo po klinicheskoi narkologii* [Handbook of clinical addictology]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2010, 324 p.
38. Jaspers K. *General psychopathology*. 7th ed. University of Chicago Press, 1963, 922 p. (Russ. ed.: Yaspers K. *Obshchaya psikhopatologiya*. Moscow, Praktika Publ., 1997, 1053 p.).
39. Babor T., Hall W., Humphreys K., Miller P., Petry N., West R. Who is responsible for the public's health? The role of the alcohol industry in the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol. *Addiction*. 2013, Dec.; 108(12), pp. 2045–47. doi: 10.1111/add.12368.
40. Io A., Yoshimoto H. [What are the physician's role and responsibility in the law named «Basic Act on Measures against Alcohol-related Health Harm?»] (Article in Japanese). *Nihon Rinsho*. 2015 Sep.; 73(9): 1585–91.
41. Johnson R.A., Lukens J.M., Kole J.W., Sisti D.A. Views about responsibility for alcohol addiction and negative evaluations of naltrexone. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*. 2015 Mar. 8; 10: 10. doi: 10.1186/s13011-015-0004-7.
42. Lazarus R., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. N.Y., Springer, 1984, 456 p.

43. Lorant V., Nicaise P., Soto V.E., d'Hoore W. Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*. 2013 Jun 28; 13: 615. doi: 10.1186/1471-2458-13-615.
44. Murphy J.G., Yurasek A.M., Meshesha L.Z., Dennhardt A.A., MacKillop J., Skidmore J.R., Martens M.P. Family history of problem drinking is associated with less sensitivity of alcohol demand to a next-day responsibility. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2014 Jul; 75(4): 653–63.
45. Radacsi G., Hardi P. Substance misuse prevention as corporate social responsibility. *Subst. Use Misuse*. 2014 Mar; 49(4): 352–63. doi: 10.3109/10826084.2013.841242.

Шевцов А.В. Проблема ответственности в работе с больным в наркологической практике: литературный обзор// Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 57–75.

Аннотация. Данный обзор посвящён анализу литературы по вопросу категории ответственности, имеющей бытовое морально-нравственное и философско-психологическое содержание. Поставлена задача выделения фактора ответственности как клинического критерия при дифференциации наркологических пациентов для лечебно-реабилитационных программ.

Обнаружено, что в научном плане работы по комплексному изучению ответственности в приложении к наркологической клинике отсутствуют. В отношении медицинской практики определено, что понимание роли ответственности недостаточно не только у наркологических пациентов, но и у врачей. В зарубежной литературе вопрос ответственности также периодически поднимается, но он чаще ставится в плоскости ответственности общества, чем в отношении ответственности самого больного или врача. Ответственность пациента является важнейшей категорией физиологической, психологической, социальной и духовной составляющих целостной парадигмы понимания человека. Установлено, что ответственность как личностное качество свойственна каждому человеку, в том числе и наркологическому пациенту. Непонимание врачом важности ответственности как со стороны пациента, так и со стороны собственной профессиональной позиции может привести к неэффективности реализации медико-реабилитационных мероприятий при лечении наркологических заболеваний. При успешно проведённой работе по изменению отношения пациента к ответственности можно ожидать существенного увеличения эффективности наркологической помощи.

На основе имеющихся психологических концепций и с учетом потребности наркологической практики сформулировано понятие ответственности как волевого личностного качества человека, проявляющегося осознанным самоконтролем и субъективной готовностью отвечать за собственные действия и их последствия. Ответственность наркологического больного за состояние своего здоровья является важным личностным адаптационным фактором, во многом определяющим течение забо-

левания. Учет степени ответственности наркологического пациента как отдельного личностного фактора может быть рекомендован к использованию в лечебной практике как дополнительная клиническая характеристика. Психотерапевтическая проработка проблем с ответственностью может играть важную роль как при реализации профилактических, так и лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: ответственность, наркология, психоактивные вещества, зависимость, личность больного, психотерапия, реабилитация.

Информация об авторе:

Шевцов Алексей Владимирович, старший научный сотрудник отделения клинической психофармакологии, Научно-исследовательский институт наркологии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Россия, 109559, г. Москва, ул. Ставропольская, 27/7, тел. +7 495 3584256, leon171617@yandex.ru.

Shevtsov A.V. Problema odgovetstvennosti v rabote s bol'nym v narkologicheskoi praktike: literaturnyi obzor [The problem of responsibility in work with patients in addiction medicine practice: literature review] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp.

Abstract. This review is devoted to the analysis of publications dealing with the problem of the category of responsibility, the content of which is everyday moral and philosophical and psychological. The task is set to define the factor of responsibility as a clinical criterion when differentiating substance dependence patients with the view of treating and rehabilitating.

It is found out that there are no comprehensive scientific studies of responsibility with regard to addiction clinics. As to medical practice, it is ascertained that both substance dependence patients and doctors do not have a thorough understanding of the role of responsibility. In foreign literature the question of responsibility is raised from time to time, but it mostly raised in the plane of responsibility of society rather than in that of a patient or a doctor. A patient's responsibility is the most important category of the physiological, psychological, social and spiritual components of the coherent paradigm of human understanding. It is proved that responsibility as a personality trait is characteristic of any person, including a substance dependence patient. A doctor's failure to understand the importance of a patient's responsibility, as well as his own professional responsibility can lead to the ineffective realisation of therapy and rehabilitation measures when treating substance dependence. When a patient's attitude to responsibility is successfully changed, a considerable increase in the effectiveness of substance dependence treatment can be expected.

Relying on the existing psychological concepts and taking into account the needs of substance dependence treatment, the article defines responsibility as a

volitional personality trait, manifesting itself as conscious self-control and subjective readiness to be in charge of your own actions their consequences. The responsibility of a substance dependence patient for their own health is an important personality factor of adaptation, which is determinative of the course of the disease. Taking into account the degree of a substance dependence patient's responsibility as a separate personality factor can be recommended for use in treatment as an additional clinical characteristic. The psychotherapeutic study of the problem of responsibility can be very important for carrying out programmes of prevention, as well as those of treatment and rehabilitation.

Keywords: responsibility, narcology, psychoactive substances, dependence, personality of patient, psychotherapy, rehabilitation.

Information about author:

Shevtsov Aleksey, M.D., Senior Researcher, Department of Clinical Psychopharmacology, Research Institute on Addictions – a branch of the V.P. Serbsky Federal Medical Research Center on Psychiatry and Addiction Medicine; 27/7, Stavropolskya ul., Moscow, 109559, Russia, tel. +7 495 3584256, leon171617@yandex.ru.

Поступила: 22.01.2016

Received: 22.01.2016

УДК 616.89-008.441-06
ББК Р64-321-33+Р645.024-33

РЕЦИДИВ ПРИ АДДИКЦИЯХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

С.А. Кулаков

Медицинская ассоциация «Центр Бехтерев», Санкт-Петербург, Россия

*И скучно и грустно, и некому руку подать
В минуту душевной невзгоды...
Желанья!.. что пользы напрасно и вечно желать?..
А годы проходят – все лучшие годы!
М.Ю. Лермонтов*

Рецидив (от лат. *recidivus* – возвращающийся) – возврат болезни, т.е. повторение ее в типичной форме непосредственно после выздоровления или в периоде выздоровления. Как правило, рецидив бывает точным повторением картины недавно перенесенного заболевания; он может протекать короче и легче, чем первое заболевание, но в отдельных случаях при рецидиве наблюдаются тяжелые осложнения, иногда со смертельными исходами. Процесс рецидива (или срыва) – штатная ситуация в выздоровлении, проявлении любой хронической болезни. Частота рецидива, количество возвратов болезни и промежутки между ними бывают различными при отдельных заболеваниях и при одном и том же заболевании [6, 9].

Поскольку все люди делают ошибки, у всех пациентов с хроническими заболеваниями бывает срывной процесс, и не один. Мы обнаружили общие закономерности рецидивирования при аддитивных и психосоматических заболеваниях [11], которые Г. Аммон называл «архаическими заболеваниями Я» [1]. Гипертоническая болезнь течет с обострениями, кризами. Химическая зависимость протекает с частыми срывами и рецидивами. Срыв – это всегда обманутые ожидания, какими бы они не были.

Чем, как правило, характеризуется срывной процесс?

1. Замедление или прекращение действий по выздоровлению.
2. Часто начинается в благополучные времена.

3. На пути «срыва» пациент обычно не собирается срываться. У него вполне «благородные» цели, которые он не оценивает как ложные. Сам он не видит своего срыва!

4. Изоляция, отказ от взаимодействия с системой поддержки.

5. Употребление ПАВ наступает достаточно неожиданно для самого пациента, и не обязательно сразу тяжелое.

6. Если этот процесс остановить, тогда выздоровление опять оказывается возможным.

Можно выделить несколько уровней, которые являются «почвой» для очередного срыва:

- биологический уровень: наследственная отягощенность, сверхчувствительность к раздражителям, астенизация, преморбидные заболевания;

- психологический уровень: слабое Эго: неумение справляться с трудностями; жесткое суперэго (функция морали), перфекционизм;

- когнитивный уровень: ошибки мышления;

- духовный уровень: отсутствие внешней символической опоры; (экзистенциального смысла жизни); нарциссические проблемы; деструктивные аффекты (гнев, вина, обида).

К внешним пусковым факторам, триггерам («толчкам») относятся следующие факторы:

- конфликт со значимыми другими, жизненная неудача, потеря близких, резкое изменение жизненных обстоятельств;

- фрустрация (облом, неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа «Я»);

- экзистенциальные факторы: моменты выбора, переживания одиночества, потерь, симбиотические взаимоотношения;

- заниженная самооценка и повышенная самокритичность, комплекс неполноценности, падение самоуважения.

Рецидив может быть вследствие случайной ошибки, но чаще в результате системной ошибки в выздоровлении данного человека [8]. Чаще всего ошибки возникают в расстановке приоритетов в жизни: пациент все усилия направляет на социальный успех, романтические отношения, карьеру, появляются компоненты гордыни: своеволие (Поиск «своего» пути в выздоровлении по при знаку «я знаю, как мне надо»), высокомерие, т.е. срыв чаще начинается в духовной сфере.

В святоотеческой литературе Душа разделяется на разумную, раздражительную и вожделетельную части. Стоит потерять бдительность или контроль (разумная часть), идеализировать отно-

шения, находиться в хроническом состоянии раздражения и усталости (раздражительная часть), как задействуется третья, вождетельная часть, отвечающая за влечения, подталкивая чем-то ублажить утробу, способствуя употреблению психоактивных веществ (ПАВ). У психосоматических пациентов за счет ретрофлексивного механизма и жесткого Суперэго деструктивные эмоции не разряжаются, а заставляют «болеть» тот или иной орган [11, 13]. В последнее время мы наблюдаем, что обострение психосоматического заболевания идет параллельно со злоупотреблением ПАВ.

Итак, какие «духовные и душевные факторы» участвуют в рецидивах? Это, прежде всего, гордыня, уныние, гнев, низкое самоуважение. Ниже представлены компоненты гордыни, которые служат для проработки в психокоррекционной работе:

- высокомерие;
- страх самораскрытия;
- неспособность говорить о своих слабостях;
- неспособность смеяться над собой;
- отвергает помощь;
- отсутствие благодарности;
- сверхчувствительность;
- неспособность простить;
- неспособность извиниться или раскаяться;
- мстительность;
- помогает нуждающимся, чтобы себя возвысить;
- не терпит критику;
- обидчивость;
- упрямство;
- зависть;
- не видит свои ошибки;
- эгоизм или самолюбие;
- самоуверенность;
- большое самомнение;
- повышение голоса в раздражении;
- работа без меры;
- предубеждение – отвержение прежде исследования;;
- негибкость в общении;
- сарказм;
- поиск «своего» пути в выздоровлении по признаку «я знаю, как мне надо».

Что такое уныние? Оно проявляется в двух видах – иногда как невыносимая скука, тоска, а иногда как лень и безразличие к духовным занятиям. Уныние иначе именуется «злым разлениением». При действии этой страсти, которая в русском языке называется хандрой, в английском – сплин, человеком овладевает некая безысходность, безразличие и равнодушие ко всему. Ничто не радует и не утешает человека. Переходит нередко в выраженную депрессию.

Самооценка (self-esteem) – какое мнение составляет о себе человек, включая степень самоуважения и самопринятия. Поэтому низкая самооценка предполагает неприятие себя, самоотрицание, негативное отношение к своей личности. Знаменитая формула У. Джемса:

$$\text{Самоуважение} = \frac{\text{Успех}}{\text{Притязания}}$$

до сих пор актуальна.

Одному человеку невыносимо стыдно, что он – вторая, а не первая перчатка мира, другой радуется победе на районных соревнованиях. Чем выше уровень притязаний, тем труднее их удовлетворить. В профилактике срыва важно выяснить, один или несколько источников самоуважения у пациента.

Является ли срыв неудачей в лечении? Наоборот, срыв *может быть* позитивным опытом. В англоязычной литературе *relapse – рецидив*, переводится как повторная ошибка. Действительно, пациент прожил без обострений или трезво существенный период своей жизни. Он перестроил, по крайней мере, на это время свою жизнь более эффективно, чем это было до начала заболевания, начал духовно расти. Он научился способам поддержания здорового образа и выздоровления. Он получил опыт того, что это *возможно для него*. Его семья получила такой же опыт плюс опыт *своего* выздоровления. Он начал строить личные отношения с Высшей силой в размышлениях. Он выстроил личные контакты с товарищами и сотрудниками в центре, где лечился, на группах, с людьми, которые могут ему помочь. Он имеет возможность вновь обратиться за помощью.

Метафорически рецидив можно представить как коррозию организма. Если сравнить коррозию с ржавлением судна, можно отметить, что в предыдущем лечении очистили ржавчину, но не покрыли слоем сурика, а сразу наложили слой краски. Через год ржавчина проступает на обоих бортах. То же самое происходит, когда пациенту не дают четких инструкций по профилактике рецидива после окончания медикаментозного и психотерапевтического лечения.

В перспективе, чтобы избежать срыва, *все* пациенты нуждаются в *профилактике* [7]: обнаружении признаков срывного процесса; развитии навыков принятия критической обратной связи; укреплении отношений с системой поддержки; поддержании ценностной системы; постоянном занятии своим духовным ростом, работой и совершенствованием своего стиля трезвой жизни, поскольку лишь сама задержка признаков срыва не гарантирует нормального процесса выздоровления.

Для успешного *лечения* необходимо:

- прекратить аддикцию (вещество, работа, созависимые отношения, интернет и т.д.);
- определить срочные меры к восстановлению процесса выздоровления;
- предпринять активные действия по изменению способа жить, возвращаясь к самому началу процесса выздоровления.

В первую очередь необходимы перемена ума, изменение сознания, преобразование разума, сожаление, раскаяние о случившемся (метанойя). Главный смысл перемены ума – изменение эгоистической установки сознания вместо внешнего успеха или идеализации отношений на установку любви к высшей силе и ближнему и самому себе. Члены Сообщества Анонимных Алкоголиков в целях предотвращения срыва придерживаются программы «НАЛТ». Это первые буквы английских слов: hungry – голодный, angry – злой, lonely – одинокий, tired – уставший. Они доподлинно знают, что именно эти состояния (плохое питание, раздражительность, одиночество и усталость) провоцируют практически любой срыв, рецидив [5].

Мы предлагаем следующий *«экстренный чемоданчик»* мер, которые может принять по отношению к себе сам пациент при рецидиве. Данные рекомендации основаны на рекомендациях зарубежных и отечественных специалистов [2, 5, 15, 16], а также на собственном опыте автора [10, 12]:

- изменить взгляд на вещи;
- придать смысл болезни;
- медитации, молитвы;
- дневник «только сегодня»;
- стимулирующий текст (притча, короткая история);
- концентрация на определенном моменте времени (еда, уборка);
- совладающие карточки и самоинструкции;
- духовное развитие, библиотерапия;
- использование совладающих образов при провокациях;

- ресурсы выздоровления;
- шпаргалка по срыву;
- самоанализ.

В качестве иллюстрации приведем пример содержания «шпаргалки», используемой пациентом при возможности срыва или самом срыве:

1. Я осознаю ситуацию, которая вызывает сильные (приятные или неприятные) чувства. Ситуация такая
2. Как звучит голос болезни во мне сейчас?
3. Что я могу противопоставить голосу болезни?
 - своеволие;
 - лень;
 - нечестность;
 - жадность;
 - эгоизм;
 - эгоцентризм;
 - осуждение;
 - оскорбления;
 - неуважение;
 - манипуляции;
 - праздность.
4. Что я могу сделать сейчас, чтобы чувствовать себя лучше?
5. Какая помощь мне сейчас нужна в том, что я не могу сделать сам?
6. Я не позволяю себе тут же, автоматически реагировать на чувство без обдумывания.
7. Я беру «тайм-аут» и на несколько минут ухожу от ситуации.
8. Я оцениваю интенсивность чувства по 10-балльной шкале, веду дневник чувств.

Как видно, данная шпаргалка состоит из пяти вопросов, подталкивающих пациента к рефлексии рефлексивных вопросов и трех конкретных техник совладания.

Иллюстрацией самоанализа для аддиктивных пациентов может послужить следующий алгоритм ежедневного самоанализа.

Опиши, пожалуйста, подробно эти ситуации:

1. Удалось ли мне сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?
2. Замечал ли я сегодня у себя...?
 - негативное мышление и разрушительные чувства (отрицание, недоверие, злость, злорадство, ненависть, зависть, страх, отчаяние, жалость к себе...);
 - навязчивые желания и мысли, одержимость;

- заранее настраивался на результат;
- беспокойство о будущем, прошлом;

Какие отрицательные черты проявлялись в моих сегодняшних поступках, наносил ли я вред себе и окружающим?

3. Обвинял ли я кого-нибудь в моих сегодняшних действиях?

4. Кто те люди в моей жизни, которым я доверял сегодня?

5. Признал ли я перед кем-нибудь свои ошибки сегодня?

6. Важно ли для меня было сегодня обойтись без алкоголя и наркотиков?

7. Что я сделал сегодня против своего желания?

8. За что я могу себя похвалить?

• новые привычки (вовремя вставать, холодный душ, зарядка, приготовление себе еды, выполнение домашних обязанностей и т.д.);

• бескорыстные поступки;

• добросовестная работа;

• ответственность;

• самообразование;

9. Что принесло мне сегодня радость, удовольствие?

• интересное общение;

• активный отдых;

• интересные открытия, книги, информация;

• спорт;

• подарки себе и другим;

10. Какие хорошие качества ты сегодня в себе видишь?

11. Кому и за что я могу сегодня быть благодарен?

• люди;

• Высшая Сила;

• судьба;

12. Замечал ли я сегодня у себя позитивное мышление.

13. Что меня сегодня отдаляло от употребления, а что приближало?

P.S. Не умолчал ли я о каком-то событии, о котором непременно должен был посоветоваться с психологом?

В настоящее время во многих психотерапевтических направлениях придают значение изучению метакогниций [3, 4, 16]. Метакогниции – это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение. То же описывается и при ментализации как умение ви-

деть себя извне. В итоге пациент должен приобрести смирение и отказ от деструктивного поведения.

Путем выполнения домашних заданий и индивидуальной работы с психологом пациент анализирует причины своего срыва и строит планы по его профилактике [12]. Повышение рефлексии и самосознания и постоянная работа над своим духовным ростом [14] – залог длительной ремиссии аддиктивных и психосоматических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Речь, 2000. 238 с.
2. Будников М.Ю. Самоотношение у наркозависимых в процессе стационарной реабилитации: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб, 2014. 28 с.
3. Ваисов С.Б. Современные технологии реабилитации зависимых от психоактивных веществ: учеб. пособие. СПб., 2013. 113 с.
4. Вешнева С.А., Бисалиев Р.В. Современные модели реабилитации наркозависимых // Наркология. 2008. № 1. С. 55–61.
5. Горски Т.Т., Миллер М. Остаться трезвым. Руководство по предотвращению срыва. СПб.: Наш путь, 2007. 236 с.
6. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. М.: Медпрактика-М, 2006. 192 с.
7. Дудко Т.Н. Системный подход при оказании реабилитационной помощи лицам с аддиктивными расстройствами // Вопросы наркологии. 2008. № 3. С. 80–92.
8. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковой. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 456 с.
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга. М.: Ин-т консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2012. 536 с.
10. Кулаков С.А. Клинико-психотерапевтическая конференция в стационарной реабилитации наркозависимых // Психическое здоровье. 2009. № 2. С. 39–42.
11. Кулаков С.А. Психосоматика. СПб.: Речь, 2010. 319 с.
12. Кулаков С.А. Индивидуальная психотерапия в реабилитации наркозависимых // Мир Аддикций: химические и нехимические зависимости: тез. науч.-практ. конф. с междунар. участием. СПб., 2012. С. 70–71.
13. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
14. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9–20.
15. Шарыгина К.С. Психологические предикторы ремиссии в реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2014. 21 с.
16. Galanter M., Kleber H.D., ed. Psychotherapy for the treatment of substance abuse. American Psychiatric Publishing Inc., 2011. 405 p.

REFERENCES

1. Ammon G. Dynamische Psychiatrie. Kindler, 1980 (Russ. ed.: Ammon G. Dinamicheskaya psikhatriya. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Institute Publ., 1995, 200 p.).
2. Budnikov M.Yu. *Samootnoshenie u narkozavisimykh v protsesse statsionarnoi reabilitatsii: avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk* [Self-attitude in drug addicts during stationary rehabilitation. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2014, 28 p.
3. Vaisov S.B. *Sovremennye tekhnologii reabilitatsii zavisimykh ot psikhoaktivnykh veshchestv: uchebnoe posobie* [Actual rehabilitation technologies for psychoactive substances abusers]. St. Petersburg, 2013, 113 p.
4. Veshneva S.A., Bisaliev R.V. *Sovremennye modeli reabilitatsii narkozavisimykh* [Actual models of drug addicts rehabilitation]. *Narkologiya* [Narcology], 2008, vol. 1, pp. 55–61.
5. Gorski T.T., Miller M. *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention*. Independence Press, 1986, 227 p. (Russ. ed.: Gorski T.T., Miller M. *Ostat'sya trezvym. Rukovodstvo po predotvrashcheniyu sryva*. St. Petersburg, Nash put' Publ., 2007, 236 p.).
6. Demina M.V., Chirko V.V. *«Otchuzhdenie» addiktivnoi bolezni* [Addictive disease alienation]. Moscow, Medpraktika-M Publ., 2006, 192 p.
7. Dudko T.N. *Sistemnyi podkhod pri okazanii reabilitatsionnoi pomoshchi litsam s addiktivnymi rasstroistvami* [Systematic approach in providing rehabilitation help for people with addictive disorders]. *Voprosy narkologii* [Issues of Narcology], 2008, vol. 3, pp. 80–92.
8. Nazvrov R.K., Fedoryak D.A., Lyashkovskaya S.V., ed. *Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii: rukovodstvo dlya vrachei-psikhoterapevtov* [Clinical psychotherapy in narcology. Manual for psychotherapists]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Institute Publ., 2012, 456 p.
9. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Addiktologiya: nastol'naya kniga* [Addictology. Handbook]. Moscow, Family Consulting and System Solutions Institute Publ., All-Russian professional psychotherapy League Publ., 2012, 536 p.
10. Kulakov S.A. *Kliniko-psikhoterapevticheskaya konferentsiya v statsionarnoi reabilitatsii narkozavisimykh* [Clinical-psychological conference of in-patient drug addicts rehabilitation]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health], 2009, vol 2, pp. 39–42.
11. Kulakov S.A. *Psikhosomatika* [Psychosomatics]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2010, 319 p.
12. Kulakov S.A. *Individual'naya psikhoterapiya v reabilitatsii narkozavisimykh* [Individual psychotherapy in drug addicts rehabilitation]. *Tezisy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Mir Addiktzii: khimicheskie i nekhimicheskie zavisimosti»* [World of Addiction: Substance and Non-Substance Addictions: works of scientific conference with international participation]. St. Petersburg, 2012, pp. 70–71.
13. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psikhosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic correlations of cardiac pathology: modern research approaches]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
14. Nikolaev E.L. *Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroistv* [Problems of spiritual self-improvement in mental disorders therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2005, no. 14, pp. 9–20.

15. Sharygina K.S. *Psikhologicheskie prediktory remissii v reabilitatsii lits s zavismost'yu ot psikhoaktivnykh veshchestv: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological predictor of remission in psychoactive substance abusers rehabilitation. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2014, 21 p.

16. Galanter M., Kleber H.D., ed. *Psychotherapy for the treatment of substance abuse*. American Psychiatric Publishing Inc., 2011. 405 p.

Кулаков С.А. Рецидив при аддикциях и психосоматических заболеваниях: алгоритм диагностики и тактика психопрофилактики // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 76–86.

Аннотация. Работа посвящена анализу условий возникновения рецидивов при аддиктивных и психосоматических расстройствах, а также разработке клинического алгоритма диагностики рецидивов и особенностям их профилактики, в том числе со стороны самого пациента. Рецидив рассматривается автором как повторение болезни в ее типичной форме непосредственно после выздоровления или в периоде выздоровления. Рецидив может протекать короче и легче, чем первое заболевание, но в отдельных случаях при рецидиве наблюдаются тяжелые осложнения со смертельным исходом. Выявлены общие закономерности рецидивирования при аддиктивных и психосоматических заболеваниях. Обозначены уровни, являющиеся «почвой» для возникновения рецидива: биологический, психологический, когнитивный, духовный. К внешним пусковым факторам рецидива отнесены: конфликты со значимыми другими, жизненные неудачи, потеря близких, резкое изменение жизненных обстоятельств; фрустрация (неадекватное переживание неудачи или несоответствие желаемого и действительного, в том числе реального и идеального образа «Я»); экзистенциальные факторы (выбор, переживания одиночества, потери, симбиотические взаимоотношения); низкая самооценка и высокая самокритичность, комплекс неполноценности, падение самоуважения. Причиной рецидива часто бывают системные ошибки в расстановке приоритетов в жизни, когда пациент все усилия направляет на социальный успех, романтические отношения, карьеру. В результате появляются проявления гордыни, т.е. рецидив чаще зарождается в духовной сфере. К проявлениям рецидива также имеют отношение такие духовные факторы, как: уныние, гнев, низкое самоуважение. Рецидив не всегда является неудачей в лечении. Он может быть позитивным опытом пациента перестройки своей жизни и начала духовного роста. Для профилактики рецидивов пациенты нуждаются в обнаружении признаков срыва, развитии навыков принятия критической обратной связи, укреплении отношений с системой поддержки, поддержании системы ценностей, постоянном занятии духовным ростом, работой и совершенствованием стиля трезвой жизни. Предложена система экстренных мер по профилактике рецидива.

Ключевые слова: рецидив, аддикции, психосоматические заболевания, психотерапия, профилактика, духовная сфера.

Информация об авторе:

Кулаков Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по реабилитационной работе Медицинской ассоциации «Центр “Бехтерев”»; Россия, 1973171, г. Санкт-Петербург, пр. Королева, 48/5, тел. +7 812 3062022, kulaksergey@yandex.ru.

Kulakov S. Retsidiv pri addiktsiyakh i psikhosomaticeskikh zabolevaniyakh: algoritm diagnostiki i taktika psikhoprofilaktiki [Relapse in addiction and psychosomatic disease: diagnostic algorithm and prevention tactics] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 76–86.

Abstract. The article is devoted to the analysis of conditions causing relapses into addictive and psychosomatic disorders, to the working-out of a clinical algorithm for diagnosing relapses and to the peculiarities of relapse prevention, including prevention measures taken by the patient himself/herself. The author considers a relapse to be a recurrence of a disease in its typical form straight after recovery or within a recovery period. The course of a relapse can be shorter and milder than the primary disease, but in some cases relapses are accompanied by severe complications leading to a fatal outcome. The article determines general regularities of relapsing into addictive and psychosomatic disorders. The levels becoming the ground for relapsing are also determined, they are: biological, psychological, cognitive, spiritual. The external triggers for relapsing are: conflicts with significant others, failures in life, loss of loved ones, a sharp change in life circumstances; frustration (the inadequate perception of a failure or the mismatch between what is desired and what is real, including the mismatch between the ego and the ego ideal); existential factors (choice, loneliness, loss, symbiotic relationships); low self-esteem and high self-criticism, inferiority complex, a decrease in self-esteem. A relapse is often caused by systematic mistakes in setting life priorities, when all the patient's efforts are directed at social success, romantic relationships, career. This results in neurotic pride, i.e. the origin of a relapse should be found in the psyche. Relapses can manifest themselves as such psychic factors as low spirits, anger, low self-esteem. A relapse is not always a treatment failure. It can be a positive experience of a patient's reconstructing his/her life and growing spiritually. To prevent a relapse patients need to detect signs of a probable failure, develop skills of accepting critical feedback, strengthen relations with the support system, maintain the system of values, promote spirituality growth, have a job and lead a sober life. The article offers a system of measures of relapse prevention.

Keywords: relapse, addictions, psychosomatic disorders, psychotherapy, prevention, spiritual sphere.

Information about author:

Kulakov Sergei, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Deputy General Director for Rehabilitation, "Bekhterev Center" Medical Association; 48/5, Koroleva pr., St.Petersburg, 1973171, Russia, tel. +7 812 3062022, kulaksergey@yandex.ru.

Поступила: 18.02.2016

Received: 18.02.2016

УДК 616.89-001-053.2:615.851

ББК Ю974.5-734-82

ПЕРЕДАЧА ТРАВМЫ РЕБЕНКУ В СЕМЬЕ КАК ФОКУС РАБОТЫ В ИНТЕГРАТИВНОЙ ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ¹

И.А. Симоненко

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В своей практической деятельности детские и подростковые психотерапевты могут убедиться, что причинами достаточно большого круга детских проблем является травматический опыт их родителей или других близких взрослых. Этот зачастую вытесненный опыт взрослых становится причиной непреодолимых препятствий в контакте с собственным ребенком, делая некоторые периоды в жизни взрослого и ребенка или отдельные ситуации в их взаимодействии непереносимыми. В этой ситуации, как показывает наш опыт, консультирование родителей по поводу более эффективного общения с ребенком дает малый эффект. Без специальной проработки травматического опыта, который стоит между взрослым и ребенком, их отношения очень трудно изменить. В свою очередь, травматический опыт, который уже начинает жить во внутреннем мире ребенка, без видимых на то причин делает определенные жизненные ситуации или возрастные задачи для него практически невыполнимыми.

Именно в эти моменты ребенок чаще всего и попадает к психологу. В настоящей статье мы сфокусируемся на механизмах передачи травмы ребенку в семье, процессуальной диагностике травматического опыта взрослого, взаимосвязанного с трудностями ребенка, и соответствующих приемах психотерапии ребенка и его значимого окружения в интегративном подходе.

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РФНФ в рамках проекта проведения научных исследований «Качество раннего контакта матери и ребенка в системе психосоциальных факторов, как условие сохранения здоровья», проект № 14-06-00085.

This work was supported by the Russian Foundation for Humanities, the project research «Quality of early mother-infant contact in the psychosocial factors, as a condition of maintaining health», the project No 14-06-00085.

Теория межпоколенной передачи травмы

Передача травматического опыта из поколения в поколение упоминалась еще в работе З. Фрейда «Тотем и табу». К. Юнг сформулировал теорию коллективного бессознательного, которая связывает индивидуальную и коллективную психику, а М. Боуэн описал признаки такой связи и впервые с помощью метода семейной генограммы работал с симптомами человека во взаимосвязи с историей его межпоколенных связей [1]. Активное развитие понятия межпоколенной (трансгенерационной) передачи травмы получило только в последнее время.

В основу теории межпоколенной передачи травматического опыта легли идеи нескольких направлений в психологии и психотерапии: психоанализа и теории объектных отношений З. Фрейда, Ф. Дольто, М. Кляйн [4], теории привязанности Дж. Боулби, К.Х. Бриш [2], системной семейной психотерапии М. Боуэна [1], работы Анны Шутценбергер [10], Николаса Абрахама, Марии Торок [11], Хорста Эберхарда Рихтера [13]; Франца Рупперта [6], Ивана Бузормени-Надь [12] и др.

Развивая концепцию травмы, Ф. Рупперт пишет, что понятие травмы не сводится к рассмотрению биологических или психологических феноменов. Травма всегда происходит в некотором социальном контексте [6]. Помимо основных пострадавших, есть еще много других людей, которые хоть сами и не были травмированы психически, вынуждены были страдать от последствий травмы. Можно себе представить, что происходит в семье, когда с войны возвращается травмированный солдат. Целые системы привязанностей могут получить травму вследствие определенных событий (войны, несчастные случаи, стихийные бедствия).

Именно в связи с этим мы имеем дело с травмой не в её прямом значении, например, когда у человека в его собственной биографии не было серьезных травм, а когда человек оказался втянут в травму родителей. Трагическое положение травмированного человека усугубляется тем, что социальное окружение мало помогает ему или отказывает в адекватной помощи. Эти неадекватные реакции ближайшего социального окружения усугубляют действие трансгенерационной травмы и приводят к серьезным затруднениям в развитии и здоровье человека.

Войны и семейное насилие, помимо несчастных случаев и природных катаклизмов, являются главными причинами травмирующих событий, из-за сопротивления общественности и склонности каждого отдельного человека к вытеснению болезненного

опыта «травма», как причины многих душевных страданий, была признана таковой и в широких научных кругах только недавно. Ф. Рупперт дополняет перечень ситуаций, с высокой долей вероятности вызывающих посттравматическое расстройство (ПТР), и различает психические травмы по причине их возникновения: экзистенциальные травмы (ситуация смертельной угрозы); травма потери (ситуация потери любимого человека или условий жизни); травма отношений (злоупотребление или поражение эмоциональной связи); травма системных отношений – поступки, не оправдываемые морально и этически [6].

Механизмы и участники передачи травмы ребенку в семье

Современные представления о механизмах межпоколенной передачи травмы связаны с активно развивающейся теорией привязанности Дж. Боулби. Так, К.Х. Бриш описывает влияние травматического опыта матери на формирующиеся психические структуры ребенка. Автор, анализируя передачу травмы через привязанность, указывает на то, что мать и ребенок живут с самого начала в непрерывном процессе эмоционального взаимодействия. Между ними циркулирует поток чувств, причем чувства матери сильнее и поэтому именно они задают тон. Чувства матери закладывают фундамент эмоционального мира ребенка. Карл Бриш детально разрабатывает взаимосвязь травматичного опыта родителей с нарушением привязанности у детей. Автор утверждает, что если родители с травматичным опытом заводят ребенка, «существует серьезная опасность, что у младенца тоже разовьется дезорганизованный паттерн привязанности» [2]. Ф. Рупперт пишет: «В нашей практической деятельности мы все отчетливее обнаруживаем механизмы передачи травмы. Мы понимаем, каким именно образом дети актуализируют травматический опыт матери, который затем продолжает жить в эмоциональной связи матери и ребенка» [6].

Травмированные люди ведут себя в интеракции с ребенком преимущественно агрессивно-враждебно, пугают его или сами пугаются, некоторые родители впадают в состояние беспомощности и апатии, играя с ребенком или заботясь о нем. Так на собственном опыте ребенок узнает, что в отношениях с самым близким человеком у него нет эмоциональной стабильности и защищенности, ибо родители с пугающим, испуганным или беспомощным поведением не могут сообщить ребенку чувство «надежного эмоционального причала» [2]. После Второй мировой войны психотерапевты тех времен не могли не увидеть влияние травмированных родителей на детей. Это особенно убедительно описано не-

мецким психиатром Х.Э. Рихтером [13]. Слишком очевидной была связь между опытом родителей, переживших национал-социалистическое преследование и психическими проблемами их детей. «Постепенно стало понятным, что такие экстремальные катастрофы, как холокост, отозвались и в следующем поколении».

Травмированные родители перенесли на детей собственные страхи; дети были им утешением и избавлением от непереносимой скорби; они вымещали на них накопившуюся ненависть, их чувства к детям были словно парализованы; они не воспринимали адекватно потребности своих детей, они видели в ребенке замену убитого члена семьи, возлагали на плечи ребенка миссию восстановить своими достижениями гордость семьи и залечить былые раны. Как следствие, отношение родителей и детей носило яркий симбиотический характер. Дети брали на себя ответственность за душевную стабильность своих родителей и стремились избавить их от страданий. Попытки детей покинуть родительский дом представляли серьезную угрозу для лабильного семейного равновесия и могли пробудить в родителях старый страх истребления, в результате у детей развилось сильное чувство вины. Оставить родителей – значит бросить их в беде.

Так как многие родители не могли говорить о своей травме, то дети подсознательно осмыслили пережитое и дополняли его фантазиями. Некоторые, неосознанно инсценируя пережитые травматические события, пытались понять, что произошло с родителями. Многие злились на родителей, казавшихся им слабыми. Чтобы уйти от бессилия и боли, они заставляли себя не бояться даже смерти. Но такой установкой они опять-таки до смерти пугают своих детей, что даже может вызвать у них психозы [6]. Таким образом, можно сказать: что травмированные родители неосознанно проецируют свой опыт на ребенка, а ребенок подсознательно отождествляет себя с опытом родителей. Дети живут в двух реальностях: в собственном настоящем и в прошлом родителей. «Следствием становится, по меньшей мере, парциальное расстройство личности или чувство фрагментированной личности». Вопросы отделения, развития автономии, последующей индивидуализации и творческой адаптации к социальной среде для таких детей стоят под угрозой.

Весь предыдущий анализ существующих теоретических и экспериментальных работ по изучению механизмов передачи травмы ребенку в семье позволяет очертить круг лиц в семье, который может участвовать в межпоколенной передаче травмы. Это прежде всего объект первичной привязанности (механизмом пе-

редачи выступает привязанность ребенка к этому объекту) и те люди, которые интенсивно взаимодействуют с детьми, чаще всего родители (механизмом выступают ежедневные интеракции детей и родителей и их эмоциональный взаимообмен). В следующей части настоящей статьи мы предлагаем рассмотреть еще один механизм передачи травматического опыта ребенку в семье.

Идентификационный партнер ребенка в семье и передача травматического опыта

Далее мы кратко представим концепт функциональной триады отношений ребенка, которые разрабатываются в интегративном подходе. Более подробно настоящие положения описаны в статье «Идентификационные процессы в развитии ребенка как механизмы передачи травматического опыта в семье» [7]. Здесь мы лишь остановимся на роли идентификационного партнера ребенка в передаче травматического опыта.

Обратимся к определению идентификационного партнера (ИП) ребенка. Впервые это понятие было введено В. Цимприх [14]. Под идентификационным партнером ребенка мы понимаем человека, значимого как для ребенка, так и для его объекта привязанности (чаще всего матери) и состоящего как с матерью, так и с ребенком в эмоциональной связи. Идентификация ребенка с таким партнером является формой проявления эмоциональной связи к близкому авторитетному лицу и ведет к «интериоризации», «интроекции» внутренних психических структур личности идентификационного партнера, особенно в той её части, которая влияет на характер проявления себя в мире. Ребенок посредством идентификации интериоризирует отличную от матери модель общения и в целом установок в отношении себя и других людей, что способствует процессу обособления и сепарации в отношениях с объектом первичной привязанности. Отношения с первичным объектом привязанности и идентификационным партнером ребенка формируют первую триаду отношений в жизни ребенка.

В этом описании триады присутствует механизм её формирования, а именно идентификация как проявление эмоциональной связи с ребенком, которая и формирует триадную систему отношений. Итак, первичная триада состоит из: человека, к которому ребенок привязан; значимого для ребенка и матери человека, с которым ребенок идентифицируется, эти два партнера в жизни ребенка также состоят в достаточно близких отношениях.

Конечно, по описанию уже можно предположить, что идентификационным партнером в первичной триаде чаще всего высту-

пает отец. Однако это может быть и другой член семьи. По нашим наблюдениям, это могут быть кто-то из бабушек или дедушек, старших братьев или сестер и т.д. Наши наблюдения также свидетельствуют, что в связи с развитием ребенка и изменениями в семье ИП могут меняться.

Рассмотрим процесс идентификации как механизм передачи травмы ребенку в семье.

Идентификация (от лат. *Identificare* – «отождествлять», «установливать совпадение») – процесс отождествления одного человека (субъекта) с другим (объектом). В классическом психоанализе под идентификацией понимается раннее проявление эмоциональной связи к близкому лицу, которое ведет к «интериоризации» и «интроекции» его внутренних психических структур, в частности, в той ее части, которая влияет на характер проявления себя в мире. Р. Шниц рассматривал идентификационные процессы у родителей, являющихся неотъемлемой частью объектных отношений [9]. Не только дети, но и родители прибегают к жестовой идентификации, «эхоподобным воспроизведениям» жестов, имеют место родительские идентификации с чувствами и желаниями ребенка, которые играют важную роль в его развитии [9]. Идет попеременный процесс взаимной идентификации родителей и ребенка, взаимообмен «внутренними мирами» [8].

Важной характеристикой процесса идентификации является её защитная или незащитная функция. З. Фрейд первым предложил различать защитную и незащитную идентификацию – «анаклитическую» идентификацию (от греческого слова, означающего «полагаться на») – и «идентификацию с агрессором». Первый тип идентификации мотивируется невыполненным желанием походить на значимого человека. Второй тип Фрейд рассматривал как автоматический, но мотивированный защитным решением проблемы ощущения угрозы со стороны другого человека, обладающего властью. Второй тип идентификации рассматривала и А. Фрейд, в своей работе «Я и механизмы агрессии» она обратила особое внимание на случаи «идентификации с агрессором», считая, что подобная идентификация представляет собой, с одной стороны, предварительную фазу развития Сверх-Я, а с другой – промежуточную стадию развития паранойи.

Идеи идентификации классического психоанализа были развиты также в работах А. Адлера, К. Хорни и М. Кляйн [4] и др. В этих же направлениях рассматривали идентификацию Ж. Лакан и его последователи.

В отечественной психологии идеи развития ребенка через отождествляющую связь «мы» становятся одной из основных идей культурно-исторической теории Л.С. Выготского. Лев Семенович разработал теорию, показывающую, как «через других мы становимся самим собой», «почему с необходимостью все внутреннее в высших формах было внешним», и доказал, что «вся высшая психическая функция необходимо проходит через внешнюю стадию развития, потому что функция является первоначально социальной. Это – центр всей проблемы внутреннего и внешнего поведения [3].

В работе В.С. Мухиной дается подробный анализ процесса идентификации как механизма развития личности и присвоения им социокультурного опыта [5].

В интегративном подходе наиболее ранняя и достаточно очевидно наблюдаемая (через подражание) идентификация с матерью рассматривается автором как начало сложного и многовекторного процесса идентификации с другими значимыми людьми, группами, культурой. Подводя итог краткому анализу проблемы идентификации в психологии развития и понятию идентификационного партнера ребенка в семье, мы можем сделать следующие выводы:

1. Процесс идентификации является, с одной стороны, формой эмоциональной связи, а с другой – механизмом развития ребенка, формирующим его личность через отождествление со значимым лицом, а значит, и интериоризации травматичного опыта члена семьи, который выступает объектом для идентификации.

2. Процесс идентификации может основываться на эмоционально теплых отношениях, через особое, любовное отношение ребенка к взрослому, и в условиях высокой тревоги, выступая как защита, способствует отождествлению с человеком, имеющим власть в ситуации, или пугающим объектом. В таких ситуациях идентификация носит защитные функции.

3. Идентификационным партнером ребенка в семье могут выступать различные члены семьи. В связи с развитием ребенка и изменениями в семье ИП могут меняться.

Описание следующего клинического случая демонстрирует защитную форму идентификации ребенка и передачу травматического опыта посредством ИП ребенка в семье.

Клинический пример 1. На прием к психологу привели девочку Машу 8 лет по поводу ее трудностей в школе. Состав семьи: мама, домохозяйка 32 лет, отец, занимающийся бизнесом 35 лет и Маша. Основные жалобы

родителей состояли в том, что Маша является изгоем в классе (при средней успеваемости), и сама часто демонстрирует враждебное отношение к одноклассникам, проявляющееся в пренебрежительных и обесценивающих высказываниях в их адрес. Даже при попытках некоторых детей к сближению (родители обсуждали эту проблему и предпринимали ряд попыток совместно с учителем к развитию отношений Маши с одноклассниками) Маша вела себя отвергающе, часто с язвительными насмешками. И, конечно, получала негативную реакцию детей, от которой впоследствии также очень страдала. Маша часто болела и не могла ходить в школу, что являлось также проблемой для родителей, которые понимали защитную роль таких заболеваний, поскольку они часто были связаны с различными инцидентами в школе. При дальнейшем знакомстве с семьей оказалось, что одним из значимых её членов является бабушка со стороны отца, состоятельная и одинокая женщина 57 лет, часто занимающаяся воспитанием Маши. Уже на первых консультациях родители (на приём они приходили вместе) стали говорить о трудных отношениях с бабушкой и о том, как Маша копирует её поведение и манеру говорить. Что у них тесная связь, и они часто проводят время вместе, хотя бабушка живет в отдельной квартире. Трудности в отношениях с бабушкой состояли в том, что родители не могли установить свои правила и порядки жизни в семье. Что одевать Маше, как ей питаться и другие вопросы её развития во многом контролировала бабушка (она же и заставила найти психолога) при этом бабушка достаточно открыто критиковала поведение родителей, очень была недовольна мамой, отец хоть и не был согласен с поведением своей матери, чаще всего умалчивал это и занимал несколько дистанцированную позицию (что, конечно, давало некоторую защиту в его тесных и зависимых отношениях с матерью). Ситуация усугублялась тем, что родители материально зависели от бабушки, поскольку часть доходов семьи была связана с совместным бизнесом, в котором бабушка также имела много власти. На первой встрече с Машей в игровой комнате она достаточно быстро стала играть во всемогущую злую волшебницу, которая всех сажает в тюрьму и придумывает различные казни пленникам. А пленниками чаще всего становятся слабые и страдающие персонажи. Часто это был котенок под именем Маркиз. Игра Машу достаточно сильно захватывает, любые попытки со стороны психолога защитить или вызвать сочувствие к Маркизу вызывает ожесточенное сопротивление со стороны Маши. Из этих описаний становится достаточно очевидно, что Маша идентифицируется с бабушкой, и эта идентификация носит защитный характер. В процессе идентификации девочки происходит присвоение паттернов поведения ее бабушки, которые не позволяют ей адаптироваться в социуме. Встреча с бабушкой подтвердила описанные предположения. Разочарованная в людях и одинокая женщина строит свои даже самые близкие отношения на основании контроля и власти. Обесценивание окружающих поддерживает собственную самооценку (персонаж, который так напоминает Машину игру). В данном случае помощь Маше может состоять в терапии бабушки или системной работе, вслед-

ствие которой Маша сможет идентифицироваться с отцом. В силу ряда причин был выбран второй путь. Психолог работал над укреплением связи Маши с отцом, а также его позиции в отношении границ своей семьи. Совместным занятием с отцом (одновременно и приемлемой формой разрядки агрессии) стал настольный теннис. Отец стал больше отстаивать действия своей жены в присутствии матери, активнее её защищать. Установил правила их совместной жизни (например, отец и мать Маши считали, что нужно ограничивать количество сладкого, в то время, когда бабушка всегда приходила с большим пакетом конфет, и т.п.) и настаивал на выполнении этих правил у него в семье. В течение года ситуация изменилась. Маша стала заметно спокойнее, послушнее в отношениях с родителями, у нее развились теплые отношения с отцом, появилось больше доверия к матери (до этого она все время ставила под сомнение и критиковала высказывания и действия мамы, как это делала бабушка). В школе у нее появилась подружка, которая часто стала заходить к ней домой. Параллельно велась игровая терапия девочки с её интериоризированными агрессивными сценами, вследствие которой Маша стала проявлять больше сочувствия к слабым, учиться их защищать и, даже идентифицируясь в игре со слабыми персонажами, искать способы взаимодействия и диалогов со злыми героями. В конце игровой терапии Маша играла роль Маркиза, который учился в школе и моделировал разные варианты поведения со своими одноклассниками в сложных для него ситуациях.

В этом описании достаточно отчетливо заметна передача травматического опыта ребенку посредством идентификации со значимым взрослым в семье и влияние этой идентификации на развитие личности ребенка. Таким образом, психологическая помощь ребенку в подобном случае чрезвычайно усложнена без привлечения в психотерапию члена семьи, с которым идентифицируется ребенок, или смены ИП ребенка.

Практические приемы процессуальной диагностики травматического опыта значимых взрослых, взаимосвязанных с проблемами детей и подростков

Одним из важных практических вопросов встает вопрос о диагностике травматического опыта, который транслируется ребенку в семье и является той нагрузкой, которая нарушает естественное развитие ребенка и вызывает различную симптоматику.

Первой задачей является определение партнера по общению и идентификационного партнера (ИП) ребенка, а также диагностика типа идентификации (на основании благоприятной эмоциональной связи или идентификация носит защитный характер).

Мы также выделили два наиболее заметных феномена, которые позволяют диагностировать травматический опыт значимых взрослых, взаимосвязанный с трудностями ребенка.

Первым из них выступают ситуации между значимым взрослым и ребенком, которые для взрослого наполнены слабо контролируемыми чувствами, чаще всего беспомощностью и отчаянием, страхом и злостью. Причем сами взрослые и их окружение отмечают неадекватно сильный эмоциональный ответ взрослого на какое-то взаимодействие с ребенком.

Второй связан с фактами совпадения проблем у ребенка и взрослого при решении отдельных задач личностного развития.

На рисунке представлены приемы процессуальной диагностики травматического опыта взрослых, взаимосвязанных с симптомом ребенка.

ДИАГНОСТИКА ПОСРЕДСТВОМ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

Кто из участников триады особенно сильно испытывает чувства	⇒	Исследование чувства взрослого, его символическое выражение, усиление	⇒	Вопрос о том, на сколько лет себя чувствует человек в этом состоянии	⇒	Что происходит вокруг в это время, какие сцены из детства всплывают
беспомощности, раздражения, страха или гнева		и выражение в невербальном пространстве				

ДИАГНОСТИКА ПОСРЕДСТВОМ СБОРА ОБЪЕКТНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Определить темы ребёнка (сепарация, адаптация, самоопределение и т.п.), взаимосвязанные с симптомом ребёнка	Сбор информации о том, как эти темы решались у ИП и ОП ребёнка, какие трудности возникали, что помогало совладать с ними
---	--

Процессуальная диагностика взаимосвязи травматического опыта значимых взрослых с симптомом ребенка

Ниже представлено описание клинического случая, иллюстрирующего приемы диагностики травматического опыта взрослого, взаимосвязанного с симптомами ребенка, и дальнейшую психотерапию в интегративном подходе.

Клинический пример 2. На прием пришла мама Лена 37 лет с младшим сыном Алексеем 4 лет и 3 месяцев по поводу энкопреза, который вначале воспринимался семьей как трудности приучения к горшку и только в последние месяцы встревожил родителей. В семье ещё живут отец Дмитрий 37 лет и старший сын Александр (14 лет). Мы с Леной договорились о том, что на первую встречу она придет одна.

Лена рассказала, что это очень желанный для обоих родителей ребенок и его развитие и взаимодействие с членами семьи было очень благопо-

лучным. И что к её удивлению, она не сразу даже распознала, что проблемы с приучением к горшку становятся уже достаточно выраженными и перестают вписываться в границы здоровья. Лена рассказала, что они не торопились к приучению к горшку и практически до трех лет Алеша ходил в памперсах. Она решила, что позднее приучение к горшку поможет Алеше испытать меньше фрустрации. Такой сообразительный мальчик, решила Лена, после трех лет просто быстро перейдет к туалету. Ему просто можно будет все хорошо объяснить и договориться. Однако Алеша как будто не хотел понимать. И если с мочеиспусканием после нескольких месяцев удалось добиться успехов, то с калом ситуация шла наоборот. Вначале Алеша как будто согласился, а затем напряжение только нарастало. Алеша начал хитрить прятаться и делать все, как сказала Лена, чтобы кал не попал в горшок. Лена не могла понять такого упрямства своего послушного и понятливого мальчика. Их отношения стали портиться. Лена сказала, что иногда доходит до отчаяния и не может понять, почему все её усилия не дают положительного результата. Обращения к врачам также убедили её, что органической патологии нет. Лена сказала, что она хотела бы понять причину такого поведения Алексея и научиться реагировать на его упрямство по поводу горшка спокойнее.

Мы договорились, что следующую встречу мы проведем втроем с Алексеем и будем играть (свободная игра, с нашей точки зрения, одна из наиболее продуктивных способов процессуальной диагностики, особенно для таких маленьких детей). После первой встречи втроем мы снова встретимся с Леной.

Леша зашел в игровую комнату с мамой достаточно спокойно, заинтересованно стал изучать игрушки. Он выглядел собранным, неторопливым и даже несколько старше своих лет. С интересом посмотрел на меня. Мы поздоровались и сразу стали взаимодействовать. Леша заинтересовался пластмассовыми зверьми, которые есть в игровой комнате в большом количестве. Алексей очень скрупулезно выставлял в ряд сначала всех тигров, потом всех динозавров, всех слонов, леопардов, медведей и т.д. Мальчик это делал очень тщательно, все время спрашивая о том, не остались ли еще где-нибудь, например, слоны или носороги. Так Алексей застроил почти всю игровую комнату, стараясь, чтобы ряды этих зверей были ровными. Лене очень нравилось, как Алексей классифицировал и правильно называл всех зверей. Мои предложения начинать игру или расспрашивать, что происходит, куда они идут или что они здесь делают, не увенчались успехом. Чаще всего Алексей просто молчал, а иногда просил просто найти еще одного зверя. Я думала, что так вся игра первого часа и пойдет. И вдруг, в самом конце часа, Леша взял маленького дракона (это была мягкая игрушка в отличие от всех предыдущих) и поставил его напротив всей этой армии животных. Он встал рядом с ним, и я тоже, молча смотря на стоящих длинными рядами и многочисленными шеренгами хищных зверей.

Я почувствовала тревогу и сказала, что мне было бы страшно на месте этого дракона. Алексей кивнул головой и посмотрел мне в глаза.

«Надо что-то для него сделать, – сказала я. – Может, построить ему укрытие?». Алексей ответил: «Да, давай». Мы взяли раскладывающийся домик и поставили его в том месте, где стоял маленький дракон, и посадили его внутрь. Алексей выглядел довольным. И стал передислоцировать хищных животных вокруг домика. Но я сказала, что наше время закончилось, и Алексей достаточно спокойно и быстро вышел из игровой комнаты.

Во встрече с Алексеем меня затронули несколько моментов. Прежде всего, игра, в которой прослеживались черты педантизма, скрупулезности, потребности в систематизации и упорядочении. В этой части нашего совместно проведенного часа казалось, что Алексей погружен в свою игру, обращается ко мне скорее, как к средству достижения своей цели упорядочить и расставить всех животных. Мои попытки установить контакт были малоэффективны. И в то же время я остро ощутила момент контакта в ту секунду, когда Алексей согласился со мной, что этому маленькому дракону страшно. В игре были видны две части внутреннего мира Алексея. Одна часть переполнена гневом, армия, которую так старался упорядочить и контролировать мальчик. Вторая с маленьким и испуганным, но все же драконом, которому необходима защита. Стало понятно, что внутренний мир мальчика наполнен гневом, который он пытается тщательно контролировать, и страхом, и беспомощностью. Наблюдения за взаимоотношениями матери и ребенка показывали достаточно хорошую «картинку». Т.е., мама все время называла сына ласковыми именами, Алексей был очень послушным и не проявлял почти никакого несогласия с мамой. Было даже заметно в некоторых моментах как Алексей, как будто балуясь, говорил более «детским» языком, отвечая на некоторые замечания мамы. Смотри на их взаимодействие, я подумала, что Алексею по каким-то причинам очень сложно выразить маме гнев или даже несогласие.

Вторая встреча с мамой. С началом нашей встречи Лена стала говорить, что удивлена завершением нашей игры. Она была знакома с игровой психотерапией и сразу сказала: «Наверное, он меня уже боится».

П.: «А почему ты так думаешь?»

Л.: «Ну в последнее время этот горшок просто бесит меня. И я ничего с собой не могу поделать. Я долго уговариваю, рассказываю, играю с игрушками и горшком. Но как только его штаны снова оказываются грязными, я взрываюсь, и Алеша убегает. Видно, что он боится, потом плачет и так жалобно просит прощения, что я чувствую себя монстром!» (тихо начинает плакать).

П.: «Это, наверное, очень трудно видеть, что в ваших хороших отношениях есть такие моменты».

Л.: «Это просто меня убивает. Я потом так долго себя казню, но в следующий раз все снова повторяется».

П.: «А действительно, что с тобой происходит, когда ты снова видишь замасленные штанишки, опиши поподробнее».

Л.: «Это паника, ужас и ярость одновременно. Я в отчаянии».

П.: «На что это символически похоже. На какой образ?» (символизация чувств открывает доступ к вытесненным воспоминаниям).

Л.: «Это как будто на тебя сейчас навалится что-то ужасное и мерзкое. И тебе некуда деться. Что-то такое, мразь какая-то».

П.: «Что ты ощущаешь в этот момент?» (перехожу в настоящее и актуализирую картину через усиление ощущений).

Л.: «Это как дерьмо на тебя наваливается. И бабушка держит меня и толкает носом в горшок!! Ужас!» (начинает громко плакать).

Здесь вскрывается опыт ранней травматизации Лены, который всплывает в отношениях с сыном в тот момент, когда начинают возникать триггеры из этой травмы, блокируя способность Лены реагировать адекватно и контролировать свои чувства. Далее работа с Леной касалась переработки травмы и тех чувств, которые Лена испытывала в возрасте 2-4-х лет, рядом с бабушкой, которая, по всей вероятности, была деспотичным и взрывным человеком. Эта работа позволила Лене освободиться от блокировавших контакт с её сыном чувств и повысить её способность к терпеливому, «взрослому», и выдержанному отношению к нарушениям с горшком у Алеши. После нескольких встреч с Леной мы стали обсуждать возможность выражения заблокированного гнева Алеши в отношениях с Леной. Мы придумали несколько игр, в которые они могли бы играть. Среди них была игра «битва на батаках» (поролоновых дубинках). Мы договорились, что Лена с Алешей каждый день будут играть в такие бои по правилам на поролоновых дубинках. Игра Алеше понравилась. Лена даже удивилась, с каким азартом он играл и дрался с ней. По истечении нескольких недель Алеша стал смелее проявлять себя в контакте с мамой и другими людьми. Через два месяца проблемы с горшком исчезли.

В результате анализа представленных клинических наблюдений можно сформулировать заключение о межпоколенной передаче травматического опыта в семье. Достаточно обширный круг детских проблем взаимосвязан с травматическим опытом значимых взрослых, который транслируется детям через систему эмоциональных связей ребенка с членами семьи. Диагностическими признаками, свидетельствующими о том, что трудности ребенка могут быть связаны с трансляцией травматического опыта взрослых, являются: внезапно возникающие трудности ребенка с отдельными задачами в развитии; признаки ПТР ребенка при отсутствии травматических событий в жизни самого ребенка; сходство в симптоматике или затруднениях в решении каких-либо задач развития ребенка со значимыми взрослыми; непереносимые для взрослого отдельные ситуации во взаимодействии с ребенком.

Круг членов семьи, посредством которых возможна передача травматического опыта, состоит из объекта первичной привязанности, партнера по общению и идентификационного партнера ре-

бенка в семье. Механизмом передачи травматического опыта выступает система эмоциональных связей ребенка (привязанность, идентификация, эмоциональный взаимообмен в повседневном взаимодействии).

Необходим интегративный подход в психотерапии ребенка, трудности которого взаимосвязаны с передачей травматического опыта значимыми взрослыми. В фокусе такой работы находятся: процессуальная диагностика травматического опыта взрослого взаимосвязанного с трудностями ребенка, переработка этого опыта в процессе психотерапии взрослого, работа с «негативными сценами» интериоризированными посредством передачи травмы во внутреннем мире ребенка, создание новых моделей взаимодействия ребенка и значимого взрослого в непереносимых ранее взрослым и ребенком интеракциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боуэн М. О дифференциации «Я» // Московский психотерапевтический журнал. 2005. №2. С. 147–164.
2. Бриш К.Х. Терапия нарушения привязанности: от теории к практике: пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2012. 316 с.
3. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. соч.: в 6 т. М., 1983. Т. 3. С. 144.
4. Кляйн М. Некоторые теоретические выводы, касающиеся эмоциональной жизни ребенка // Психоанализ в развитии: сб. переводов. Екатеринбург: Деловая книга, 1998. 387 с.
5. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития М.: Академия, 2009. 640 с.
6. Рупперт Ф. Травма, связь и семейные расстановки. Понять и исцелить душевные раны. М.: Ин-т консультирования и системных решений, 2010. 272 с.
7. Симоненко И.А. Идентификационные процессы в развитии ребенка как механизмы передачи травматического опыта в семье // Гуманитарные социально-экономические и общественные науки. 2014. № 9. С. 998–1004.
8. Стерн Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. СПб.: Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 2006. 376 с.
9. Шпиц Р.А. Психоанализ раннего детского возраста. СПб.: Университетская книга, 2007. С. 159.
10. Шутценбергер А. Синдром предков. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. 252 с.
11. Abraham N., Torok M. The Shell and the Kernal. Chicago, Chicago University Press, 1994.
12. Boszormenyi-Nagy I, Krasner B. Between give and take: A clinical guide to contextual therapy. N.Y., Brunner-Mazel, 1986, 432 p.
13. Richter H.E. Patient Familie. Rowohit, Reinbek, 1970.
14. Zimprich V. Die Einbeziehung der Familie in die Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie: ein interpersonelle Arbeitsansatz. In: Kinder und Jugendlichen Psychotherapie – eineigenständigersatz innerhalb der Psychotherapie, PPP, Wien, 2004.

REFERENCES

1. Bowen M. *O differentsiatsii «Ya»* [On Differentiation of Self]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Journal of Psychotherapy], 2005, vol. 2, pp. 147–164.
2. Brisch K.H. Bindungsstörungen: von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta, 1999, 311 s. (Russ. ed.: Brish K.Kh. Terapiya narusheniya privyazannosti: ot teorii k praktike. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2012, 316 p.).
3. Vygotskii L.S. *Istoriya razvitiya vysshikh psikhicheskikh funktsii* [History of high mental functions development]. In: *Sobranie sochinenii: v 6 t.* [Selected works. 6 vols]. Moscow, 1983, vol. 3, 144 p.
4. Klein M., Mitchell J. Selected Melanie Klein. Simon and Schuster, 1987, 256 p. (Russ. ed.: Klyain M. Nekotorye teoreticheskie vyvody, kasayushchiesya emotsional'noi zhizni rebenka. Psikhoanaliz v razvitii: sbornik perevodov. Ekaterinburg, Delovaya Kniga Publ., 1998, 387 p.).
5. Mukhina V.S. *Vozrastnaya psikhologiya. Fenomenologiya razvitiya* [Developmental psychology. Phenomenology of development]. Moscow, Akademiya Publ., 2009, 640 p.
6. Ruppert F. Trauma, Bonding & Family Constellations: Understanding and Healing Injuries of the Soul. Green Balloon Publishing, 2008, 335 p. (Russ. ed.: Ruppert F. Travma, svyaz' i semeinye rasstanovki. Ponyat' i istselit' dushuvnye rany. Moscow, Moscow, Family Consulting and System Solutions Institute Publ., 2010, 272 p.).
7. Simonenko I.A. *Identifikatsionnye protsessy v razvitii rebenka, kak mekhanizmy peredachi travmaticheskogo opyta v sem'e* [Identification in child development as mechanism of in-family transferring of traumatic experience]. *Gumanitarnye sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki* [Humanities, Economic and Social Science], 2014, vol. 9, pp. 998–1004.
8. Stern D.N. *Mezhlichnostnyi mir rebenka: vzglyad s tochki zreniya psikhoanaliza i psikhologii razvitiya* [Child's interpersonal world: psychoanalytical and developmental psychology approach]. St. Petersburg, Eastern-European Institute of Psychoanalysis Publ., 2006. 376 p.
9. Shpits R.A. *Psikhoanaliz rannego detskogo vozrasta* [Psychoanalysis of infancy]. St. Peterburg, Universitetskaya kniga Publ., 2007, 159 p.
10. Schützenberger A.A. The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the Hidden Links in the Family Tree. Psychology Press, 1998, 202 p. (Russ. ed.: Shutsenberger A. Sindrom predkov. Moscow, Psychotherapy Institute Publ., 2001, 252 p.).
11. Abraham N., Torok M. The Shell and the Kernal. Chicago, Chicago University Press, 1994.
12. Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. Between give and take: A clinical guide to contextual therapy. N.Y., Brunner/Mazel, 1986, 433 p.
13. Richter H.E. Patient Familie. Rowohit, Reinbek, 1970.
14. Zimprich V. Die Einbeziehung der Familie in die Kinder-und Jugendlichenpsychotherapie: ein interpersonelle Arbeitsansatz. In: Kinder und Jugendlichen Psychotherapie – eineigenständigersatz innerhalb der Psychotherapie, PPP, Wien, 2004.

Симоненко И.А. Передача травмы ребенку в семье как фокус работы в интегративной детской психотерапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 87–103.

Аннотация. В статье осуществлен анализ теории межпоколенной передачи травмы ребенку в семье. Рассматриваются механизмы и участники передачи травматического опыта, прежде всего объект первичной привязанности. Описывается процесс идентификации ребенка в семье как еще один механизм передачи травматического опыта, представлено понятие идентификационного партнера ребенка в семье. Процесс идентификации является, с одной стороны, формой эмоциональной связи, с другой – механизмом развития ребенка, формирующим его личность через отождествление со значимым лицом, а значит, и интериоризации травматичного опыта члена семьи, который выступает объектом для идентификации. Идентификационным партнером ребенка в семье могут выступать различные члены семьи. В связи с развитием ребенка и изменениями в семье идентификационные партнеры ребенка могут меняться. Описываются приемы процессуальной диагностики и интегративной психотерапии ребенка, трудности которого взаимосвязаны с межпоколенной передачей травматического опыта. Диагностическими признаками, свидетельствующими о том, что трудности ребенка могут быть связаны с трансляцией травматического опыта взрослых, являются: внезапно возникающие трудности ребенка с отдельными задачами в развитии; признаки посттравматического расстройства ребенка при отсутствии травматических событий в его жизни; сходство в симптоматике или затруднениях в решении каких-либо задач развития ребенка со значимыми взрослыми; непереносимые для взрослого отдельные ситуации во взаимодействии с ребенком. Обосновывается необходимость интегративного подхода в психотерапии ребенка, трудности которого взаимосвязаны с передачей травматического опыта значимыми взрослыми. В фокусе работы находятся: процессуальная диагностика травматического опыта взрослого, взаимосвязанного с трудностями ребенка, переработка этого опыта в процессе психотерапии взрослого, работа с «негативными сценами», интериоризированными посредством передачи травмы во внутреннем мире ребенка, создание новых моделей взаимодействия ребенка и значимого взрослого в непереносимых ранее взрослым и ребенком интеракциях. Положения, представленные в статье, иллюстрируются примерами из клинической практики.

Ключевые слова: психическая травма, межпоколенная передача, привязанность, идентификация, психотерапия.

Информация об авторе:

Симоненко Ирина Алексеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 305000, г. Курск, ул. К. Маркса 3, тел. +7 4712 588637, irinalik2004@mail.ru.

Simonenko I.A. Peredacha travmy rebenku v sem'e kak fokus raboty v integrativnoi detskoj psikhoterapii [Transfer of injury to a child in the family as the focus of work in integrative child psychotherapy] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 87–103.

Abstract. The article analyses the theory of intergenerational trauma transfer to a child in the family. It studies the mechanisms and participants of traumatic experiences, mainly the object of primary attachment. It describes the process of a child's identification in the family as another mechanism for transferring a traumatic experience; it presents the notion of the identification partner of a child in the family. The identification process is, on the one hand, a form of emotional connection, and, on the other hand, it is a child's development mechanism, which forms the child's personality through its identification with a significant person, and thus it is also a mechanism for interiorising a traumatic experience of the family member who is the identification object. Any member of the family can become a child's identification partner. In the course of the child's development and due to family changes the child's identification partners can change. The article describes the methods of process diagnostics and integrative psychotherapy of a child, whose troubles are connected with intergenerational trauma transfer. The diagnostic signs suggesting that the child's troubles are connected with the traumatic experiences of the adults are as follows: the child's sudden difficulties with certain development tasks; signs of the child's having a posttraumatic disorder in the absence of any traumatic events in its life; symptoms or problem solving difficulties similar to those of the significant adults; situations in which communication with the child is unbearable for the adult. The article substantiates the necessity of an integrative approach to the psychotherapy of a child, whose troubles are connected with traumatic experiences transferred by the significant adults. The article focuses on the process diagnostics of the adult's traumatic experiences connected with the child's troubles, processing these experiences during the psychotherapy of the adult; working with "negative scenes" interiorised in the child's inner world through a trauma transfer, creating new models of communication between the child and the significant adult in the situations which were previously unbearable. The points given in the article are illustrated with examples taken from clinical practice.

Keywords: trauma, intergenerational transmission, attachment, identification, psychotherapy.

Information about authors:

Simonenko Irina, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of General and Clinical Psychology, Kursk State Medical University; 3, K. Marksa ul., Kursk, 305000, Russia, tel. +7 4712 588637, irinalik2004@mail.ru.

Поступила: 25.01.2016

Received: 25.01.2016

УДК 616.895.8-003.96

ББК Ю974.55-99

ПОЛЕЗАВИСИМОСТЬ – ПОЛЕНЕЗАВИСИМОСТЬ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

О.С. Куликова

*Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2, Оренбург,
Россия*

Введение

Актуальность проблемы ослабления социальной адаптации при параноидной шизофрении обусловлена рядом эпидемиологических и клинических характеристик названного психического заболевания: его достаточно высокой распространенностью, преимущественным началом в молодом возрасте, прогрессивным течением болезненного процесса, приводящим к эмоционально-волевому и потребностно-мотивационному обеднению личности [9, 10].

Поэтому очевидно, что возможно более раннее начало реабилитационных (в том числе психокоррекционных) мероприятий позволяет апеллировать к тем относительно сохранным на начальном этапе заболевания личностным ресурсам, которые определяют последующую социальную адаптацию пациентов. При этом мероприятия по реабилитации больных шизофренией должны строиться с учетом когнитивных особенностей пациентов.

Несмотря на большое число исследований, посвященных патопсихологии шизофрении [18; 15; 21; 23; 34; 3; 6], влияние специфических когнитивных нарушений на социальную адаптацию пациентов остается недостаточно изученным. В этом отношении представляют большой интерес изменения когнитивных стилей, связанные с заболеванием и придающие мышлению пациентов большое своеобразие. На основании ряда собственных исследований М.А. Холодная рассматривает когнитивно-стилевые характеристики психически здоровых лиц как компоненты структуры интеллекта, отражающие обобщенные типологические особенности восприятия и мышления и являющиеся индикаторами сформированности процессов регуляции интеллектуальной деятельности. Регулятивная функция когни-

тивного стиля проявляется в двух основных формах: в контроле процессов переработки информации с целью повышения объективированности ментальных репрезентаций реальности и в контроле аффективной активности в актах познавательного отражения в направлении снижения аффективных влияний на процесс построения познавательного образа [12]. В отношении пациентов, страдающих шизофренией, более корректно говорить не о сформированности, а о нарушении (снижении, ослаблении) регуляции процессов обработки информации в целом.

В рамках настоящей работы мы предпочли сконцентрироваться на изучении полезависимости / полenezависимости как одной из наиболее распространенных когнитивно-стилевых характеристик, отражающей способность преодолевать влияние сложноорганизованного контекста [30, 32, 33].

В известных нам исследованиях [4, 8, 29] полезависимость (полenezависимость) пациентов, страдающих шизофренией, рассматривается как результат длительно текущего болезненного процесса. Однако, учитывая возможность и необходимость осуществления психокоррекционных мероприятий уже на начальном этапе заболевания, мы считаем актуальным изучение полезависимости / полenezависимости именно на инициальной стадии параноидной шизофрении.

В свете сказанного целью нашей работы является: определить роль полезависимости / полenezависимости как фактора социальной адаптации на инициальной стадии параноидной шизофрении.

Материал и методы

Исследование было проведено на выборке больных с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (код F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания со времени начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования – не более 1 года. Было обследовано 80 пациентов, в том числе 41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст – 32 года). На момент проведения исследования все обследуемые пациенты находились на стационарном лечении в общепсихиатрических отделениях ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2» и характеризовались отсутствием продуктивной психотической симптоматики на фоне наличия эмоционально-личностных изменений различной степени выраженности.

Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц в возрасте от 20 до 40 лет (35 мужчин, 25 женщин; средний возраст – 29 лет). По возрастным характеристикам и половому составу группа сравнения была сопоставима с экспериментальной группой.

Было использовано 6 психодиагностических методик. Для диагностики когнитивного стиля «полезависимость / полenezависимость» была использована методика «Включенные фигуры» (индивидуальный вариант) [1]. При этом мы придерживались концепции М.А. Холодной о квадрупольной природе когнитивного стиля [12]. В соответствии с этой концепцией, на каждом из полюсов когнитивного стиля выделяется по 2 субгруппы испытуемых: так, на полюсе полезависимости выделяются субгруппы мобильных (или гибких) полезависимых, способных к переходу на противоположный тип стилевого поведения, и фиксированных (или ригидных) полезависимых; полюс полenezависимости маскирует соответственно группы мобильных и фиксированных полenezависимых. Выделение этих когнитивно-стилевых подгрупп в рамках названной концепции основано на вычислении двух показателей: «индекс полезависимости» и «коэффициент имплицитной обучаемости»; при этом последний показатель отражает степень мобильности индивидуальных характеристик полезависимости / полenezависимости.

Для изучения особенностей защитного и совладающего со стрессом поведения личности, уровня социальной адаптации и выявления адаптивных личностных особенностей применялись стандартизированные опросники: методика «Индекс жизненного стиля» [1]; методика «Стратегии совладающего поведения» [2, 20], многоуровневый опросник «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1993); опросник социально-психологической адаптации [7, 25]. Наконец, для определения особенностей фрустрационного реагирования использовалась проективная методика – тест фрустрационных реакций [11, 14, 26].

В целях статистической обработки результатов была реализована процедура кластерного анализа, проведена оценка достоверности различий с использованием критерия Манна-Уитни. Кластерный анализ осуществлялся отдельно для группы сравнения и экспериментальной группы. Кластеризация по методу средней связи осуществлялась в отношении обследуемых с оценкой различия по методу евклидова пространства. В процедуру кла-

стерного анализа были включены только когнитивно-стилевые показатели: «индекс полезависимости» и «коэффициент имплицитной обучаемости». Между выделенными в результате кластеризации когнитивно-стилевыми подгруппами была проведена оценка достоверности различий по критерию Манна-Уитни.

Результаты

Концепция квадриполярной природы когнитивного стиля предполагает использование статистической процедуры кластерного анализа с целью разделения обследуемых по когнитивно-стилевым субгруппам [12]. На рис. 1 представлено графическое изображение кластеров, выделенных в рамках когнитивного стиля «полезависимость / полenezависимость» в группе сравнения.

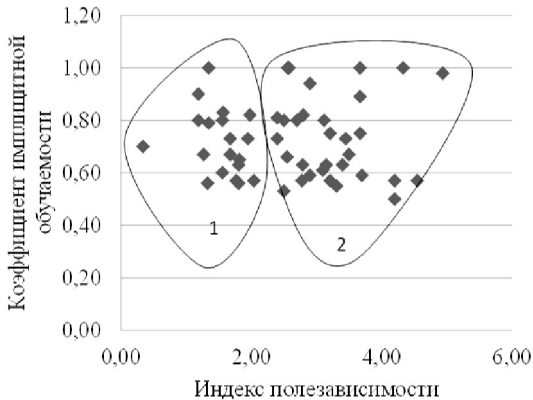


Рис. 1. Графическое изображение кластеров по стилю «полезависимость / полenezависимость» в группе сравнения:

- 1 – мобильная полезависимость;
2 – мобильная полenezависимость**

Графическое изображение кластеров по стилю «полезависимость / полenezависимость» в экспериментальной группе представлено на рис. 2.

Сводные данные о численности когнитивно-стилевых подгрупп, выделенных в группе сравнения и экспериментальной группе по когнитивному стилю «полезависимость / полenezависимость», приведены в табл. 1.

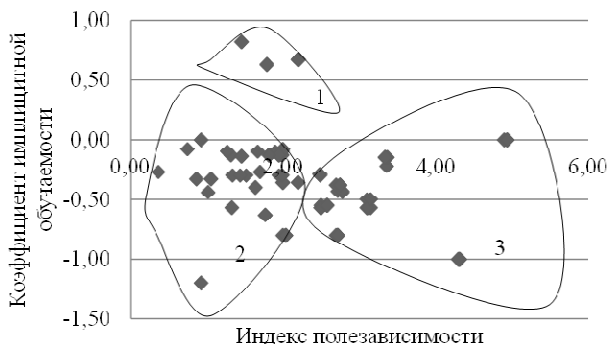


Рис. 2. Графическое изображение кластеров по стилю «полезависимость/полenezависимость» в экспериментальной группе:
1 – мобильная полезависимость;
2 – фиксированная полезависимость;
3 – фиксированная полenezависимость

Таблица 1. Когнитивно-стилевые подгруппы по параметру «полезависимость / полenezависимость»

Группы обследуемых	Когнитивно-стилевые подгруппы							
	фиксированная полезависимость		мобильная полезависимость		фиксированная полenezависимость		мобильная полenezависимость	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Группа сравнения (n = 50)	-	-	2 (4%)	17 (34%)	-	-	23 (46%)	8 (16%)
Экспериментальная группа (n = 80)	13 (16,3%)	23 (28,8%)	5 (6,3%)	5 (6,3%)	23 (28,8%)	11 (13,8%)	-	-

Как видно из табл. 1, в группе сравнения когнитивно-стилевую подгруппу мобильных полезависимых составляют 19 человек (из них 2 мужчин) с низким значением индекса полезависимости и высоким значением коэффициента имплицитной обу-

чаемости. В подгруппу мобильных полнезависимых включен 31 человек (в том числе 23 мужчины); эта подгруппа характеризуется высокими значениями (выше 2,5) индекса полнезависимости и близкими к единице значениями коэффициента имплицитной обучаемости.

В экспериментальной группе когнитивно-стилевую подгруппу фиксированных полнезависимых составляют 36 обследуемых (из них 13 мужчин), характеризующихся низкими значениями индекса полнезависимости и коэффициента имплицитной обучаемости. В подгруппу мобильных полнезависимых включены 10 человек (из них – 5 мужчин) с высоким значением коэффициента имплицитной обучаемости и низким индексом полнезависимости. Подгруппу фиксированных полнезависимых образуют 34 человека (из них 23 мужчины) с высокими значениями индекса полнезависимости и низкой имплицитной обучаемостью.

На следующем этапе между выделенными в результате кластеризации когнитивно-стилевыми подгруппами отдельно для группы сравнения и экспериментальной группы была проведена оценка достоверности различий по критерию Манна-Уитни.

В группе сравнения мобильные полнезависимые, по сравнению с мобильными полнезависимыми, характеризуются достоверно более выраженной склонностью к астеническому реагированию (среднее арифметическое в стенах составляет $M = 9,58 \pm 0,13$ и $M = 9 \pm 0,22$, соответственно; $p < 0,05$), а также большей напряженностью МПЗ «компенсация» (среднее арифметическое в процентилях составляет $M = 76 \pm 5,00$ и $M = 60,19 \pm 5,30$, соответственно; $p < 0,05$).

При анализе результатов кластеризации в экспериментальной группе рассматривались подгруппы фиксированных полнезависимых и фиксированных полнезависимых (подгруппа мобильных полнезависимых в силу ее сравнительно небольшого объема (10 человек при численности других двух подгрупп – 36 и 34 соответственно), не была включена в статистическую процедуру оценки достоверности различий).

В табл. 2 показаны статистически значимые различия между выделенными в экспериментальной группе когнитивно-стилевыми подгруппами по параметру «полнезависимости / полнезависимости».

Таблица 2. Статистически значимые различия когнитивных и личностных характеристик в подгруппах фиксированных полезависимых и фиксированных полenezависимых экспериментальной группы

Переменные	Когнитивно-стилевые подгруппы	
	фиксированные полезависимые (n = 36) M±SE	фиксированные полenezависимые (n = 34) M±SE
<i>Опросник социально-психологической адаптации</i>		
Шкала «адаптация»	61,42±1,72*	56,13±1,31*
Шкала «самопринятие»	73,00±1,97**	65,32±1,94**
Шкала «эмоциональный комфорт»	65,58±3,00**	55,10±1,78**
Шкала «стремление к доминированию»	53,09±1,28**	46,21±2,07**
<i>Опросник МЛО-А</i>		
Шкала «коммуникативный потенциал» (стены)	4,02±0,21**	3,26±0,21**
Шкала «моральная нормативность» (стены)	4,78±0,26***	3,56±0,25***
Шкала «психотические реакции и состояния» (стены)	3,64±0,14*	3,18±0,19*
Шкала депрессии (Т-баллы)	68,89±1,26***	61,74±1,11***
<i>Методика «Индекс жизненного стиля»</i>		
МПЗ «вытеснение» (процентили)	38,69±3,52**	56,65±5,38**
МПЗ «компенсация» (процентили)	84,28±2,38**	92±1,8**
МПЗ «интеллектуализация» (процентили)	79,78±3,65*	91,41±1,98*
МПЗ «реактивные образования» (процентили)	88,83±3,02*	95,5±1,43*
<i>Методика «Стратегии совладающего поведения»</i>		
Копинг-механизм «самоконтроль» (Т-баллы)	65,11±2,00*	56,71±2,11*
Копинг-механизм «положительная переоценка» (Т-баллы)	65,86±1,52**	58,38±2,48**
<i>Тест фрустрационных реакций</i>		
Общее число экстрапунитивных реакций (ΣЕ)	7,84±0,60**	10,38±0,68**
Общее число импунитивных реакций (ΣМ)	11,16±0,58***	8,51±0,56***
Показатель «степень агрессивности, направленной вовне (ΣЕ / ΣМ)	0,86±0,11**	1,52±0,16**
Общее число безобвинительных реакций (ΣМ+I)	12,61±0,71**	9,81±0,52**
Показатель микросоциальной дезадаптации (GCR)	6,76±0,20*	6,08±0,29*

Примечание. М – среднее арифметическое значение; SE – ошибка среднего арифметического; * – уровень значимости различий $p < 0,05$; ** – уровень значимости различий $p < 0,01$; *** – уровень значимости различий $p < 0,001$.

Обсуждение

Выше уже указывалось, что в рамках когнитивного стиля «полезависимость / полenezависимость» максимально можно выделить 4 субгруппы испытуемых. Однако в зависимости от особенностей выборки количество выделенных субгрупп может отличаться. В частности, такая закономерность выявлена в исследовании И.С. Кострикиной на выборке студентов с высоким и сверхпороговым уровнем интеллекта [5], а также в работе Е.Л. Коробовой на выборке пациентов, страдающих шизофренией [4].

В нашем исследовании также нашел подтверждение феномен «расщепления» полюсов когнитивных стилей. Так, в группе сравнения выделены подгруппы мобильных полезависимых и мобильных полenezависимых обследуемых. В экспериментальной группе были выделены подгруппы фиксированных полезависимых, мобильных полезависимых и фиксированных полenezависимых; подгруппа мобильных полenezависимых в исследованной выборке пациентов не представлена. То есть специфика «расщепления» полюсов когнитивного стиля «полезависимость / полenezависимость» на инициальном этапе параноидной шизофрении проявляется в отсутствии когнитивно-стилевой субгруппы мобильных полenezависимых. Соответствующие когнитивно-стилевые особенности отражают высокий уровень регуляции познавательных процессов и характерны для психически здоровых лиц в отличие от пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении.

Таким образом, для психически здоровых лиц характерна мобильность когнитивно-стилевых характеристик полезависимости / полenezависимости, что, по литературным данным [12], способствует высокому уровню регуляции процесса обработки информации и, соответственно, большей эффективности процессов индивидуальной адаптации. В экспериментальной группе, напротив, преобладает фиксированность когнитивно-стилевых особенностей, отражающая ослабление регулирующих аспектов интеллектуальной деятельности, что соответствует литературным данным [4].

Необходимо отметить, что, хотя использованный нами теоретический подход [12] ранее был реализован некоторыми исследователями [5; 4], литературные данные о когнитивно-стилевых подгруппах на инициальном этапе параноидной шизофрении в изученных нами источниках отсутствуют.

Результаты оценки достоверности различий между выделенными когнитивно-стилевыми подгруппами отдельно для группы

сравнения и экспериментальной группы позволяют определить те когнитивно-стилевые особенности, которые сочетаются с более адаптивными личностными особенностями. Так, в условиях психического здоровья с более высокими возможностями социальной адаптации сочетается когнитивно-стилевая характеристика мобильной полнезависимости.

На инициальном этапе параноидной шизофрении (табл. 2) фиксированная полнезависимость сочетается с высокой самооценкой на фоне позитивного эмоционального состояния и стремлением к сохранению личностной активности в сфере межличностного общения с правильным отношением к принятым в обществе правилам.

При фиксированной полнезависимости, по сравнению с фиксированной полнезависимостью, на инициальном этапе параноидной шизофрении отмечается меньшая активность МПЗ «вытеснение», «компенсация», «интеллектуализация», «реактивные образования». При этом сопоставление полученных данных с соответствующими нормативами свидетельствует о высокой напряженности психологической защиты у пациентов с полнезависимым когнитивным стилем.

Для преодоления стрессовых ситуаций полнезависимые пациенты более активно используют копинг-стратегии «самоконтроль» и «положительная самооценка». Фрустрационное реагирование полнезависимых пациентов характеризуется преобладанием импунитивных (безобвинительных) реакций в сочетании с низкой склонностью к внешнеобвиняющему (экстрапунитивному) поведению, относительно высоким самоконтролем агрессивных импульсов и отсутствием выраженных признаков микросоциальной дезадаптации во фрустрирующих ситуациях.

Следовательно, на инициальном этапе параноидной шизофрении пациенты, характеризующиеся фиксированной полнезависимостью (в отличие от полнезависимых испытуемых) обладают более высокими возможностями социальной адаптации.

Заключение

Таким образом, в результате проведенного исследования показана специфика «расщепления» полюсов когнитивного стиля «полнезависимость / полнезависимость» на инициальном этапе параноидной шизофрении: в группе сравнения выделены подгруппы мобильных полнезависимых и мобильных полнезависимых

мых обследуемых; в экспериментальной группе были выделены подгруппы фиксированных полезависимых, мобильных полезависимых и фиксированных полезависимых. Подгруппа мобильных полезависимых в исследованной выборке пациентов отсутствует, а подгруппа мобильных полезависимых представлена значительно меньшим количеством пациентов, чем подгруппы фиксированных полезависимых и фиксированных полезависимых испытуемых. При этом на инициальном этапе параноидной шизофрении более высокий уровень социальной адаптации характерен для фиксированных полезависимых пациентов.

Учитывая явление мобильности когнитивных стилей в процессе психокоррекционных мероприятий [12, 13, 16, 19, 22, 24, 27, 28, 31, 32], результаты проведенного исследования могут использоваться в реабилитационной работе с пациентами на инициальном этапе параноидной шизофрении. Такая работа может быть направлена на повышение эффективности регулирующих механизмов интеллектуальной деятельности путем тренировки навыков сознательного изменения непродуктивных способов деятельности, в частности, преодоления или игнорирования факторов, отрицательно влияющих на процесс обработки информации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 50 с.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.А. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (пособие для врачей и медицинских психологов). СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. 38 с.
3. Зверева Н.В., Михалева Е.С., Носов С.С., Никитина Ю.Ю. Экспериментальное исследование особенностей речевой деятельности у мужчин, больных шизофренией [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2011. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 16.11.2014).
4. Коробова Е.Л. Когнитивные стили у больных шизофренией: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Коробова Елена Леонидовна. СПб., 2007. 253 с.
5. Кострикина И.С. Соотношение стилевых и продуктивных характеристик интеллектуальной деятельности у лиц с высокими значениями IQ: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Кострикина Ирина Станиславовна. М., 2001. 207 с.
6. Николаенко Н.Н. Современная нейропсихология. СПб.: Речь, 2013. 267 с.
7. Огницкий А.К. Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. 2000. № 1. С. 43–56.
8. Петрова Н.Н., Задвинский В.Ю. Особенности психосоциальной адаптации и когнитивный стиль больных шизофренией // Вестник СПбГУ. Сер. 11. 2007. Вып. 3. С. 56–62.

9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. СПб.: Речь, 2002. 402 с.
10. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 480 с.
11. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояний фрустрации и эмоционального стресса при неврозах: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Тарабрина Надежда Владимировна. Л., 1973. 129 с.
12. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд. СПб.: Питер, 2004. 384 с.
13. Шкуратова И.П. Исследование стиля в психологии: оппозиция или консолидация // Стиль человека: психологический анализ / под ред. А.В. Либины. М.: Смысл, 1998. 310 с.
14. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб.: Питер, 2004. 336 с.
15. Andreasen N.C., Calage C.A., O'Leary D.S. Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, vol. 34, no. 4, pp. 708–719.
16. Gilpin A.R. Instructional variations and adults conceptual tempo performance. *Journal of General Psychology*, 1979, vol. 100, no. 1, pp. 53–61.
17. Gottschaldt K.B. Über den Einfluss der Erfahrung auf die Wahrnehmung von Figuren. *Psychologische Forschung*, 1926, Dec., vol. 8, no. 1, pp. 261–317.
18. Keefe R., Eesley C.E. Neurocognitive Impairments. In: Lieberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O., ed. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, 2006, 435 p.
19. Kepner M.D., Neimark E.D. Test-retest reliability and differential patterns of score chance on the Group Embedded Figures Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, June, vol. 46, no. 6, pp. 1405–1413.
20. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal and coping*. N.Y., Springer, 1984, 218 p.
21. Leitman D.I., Loughhead J., Wolf D.H., Ruparel K., Kohler C.G., Elliott M.A. Abnormal Superior Temporal Connectivity During Fear Perception in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, vol. 34, no. 4, pp. 673–678.
22. Niaz M. Mobility-fixity dimension in Witkin's theory of field-dependence/independence and its implication for problem solving in science. *Perceptual and Motor Skills*, 1987, Dec., vol. 65, no. 3, pp. 755–764.
23. Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Ruparel K., Penn D.L. An Investigation of the Relationship Between Activation of a Social Cognitive Neural Network and Social Functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, April, vol. 34, no. 4, pp. 688–697.
24. Plomin R., Buss A.H. Reflection – impulsivity and intelligence. *Psychological Reports*, 1973, Dec., vol. 33, no. 3, pp. 726–726.
25. Rogers C.R., Dymond R.F. *Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach*. Chicago, University of Chicago Press, 1954, 447 p.
26. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal of Personality*, 1945, Sept., vol. 14, no. 1, pp. 3–23.
27. Rush G.M., Moore D.M. Effects of restructuring training and cognitive style. *Educational Psychology*, 1991, vol. 11, no. 3–4, pp. 309–321.

28. Schatteman A., Carette E., Couder J., Eisendrath H. Understanding the Effects of a Process-oriented Instruction in the First Year of University by Investigating Learning Style Characteristics. *Educational Psychology*, 1997, March-June, vol. 17, no. 1-2, pp. 111-125.
29. Witkin H.A. Psychological differentiation and forms of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, Oct., vol. 70, no. 5, pp. 317-336.
30. Witkin H.A., Dyk R.B., Peterson H.F., Goodenough D.R., Karp S.A. Psychological differentiation. N.Y., Wiley, 1962, 362 p.
31. Witkin H.A., Oltman P.K., Raskin E., Karp S.A. A manual for the Embedded Figures Tests. Palo Alto, Consulting Psychologists, 1971, 32 p.
32. Witkin H.A., Goodenough D.R., Oltman P.K. Psychological differentiation: Current status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, July, vol. 37, no. 7, pp. 1127-1145.
33. Witkin H.A. Cognitive styles: Essence and origin. Field dependence and field independence. N.Y., 1982, 289 p.
34. Wynn J.K., Lee J., Horan W.P., Green M.F. Using Event Related Potentials to Explore Stages of Facial Affect Recognition Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, April, vol. 34, no. 4, pp. 679-687.

REFERENCES

1. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. *Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya* [Psychological diagnostics of a life style index]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2005, 50 p.
2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu., Novozhilova M.Yu., Vuks A.Ya. *Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami (posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov)* [Technique for psychological diagnostics of coping with stressful and problem situations: textbook for doctors and medical psychologists]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute Publ., 2009, 38 p.
3. Zvereva N.V., Mikhaleva E.S., Nosov S.S., Nikitina Yu.Yu. *Ekspperimental'noe issledovanie osobennostei rechevoi deyatel'nosti u muzhchin, bol'nykh shizofreniei* [Specific of speech activity in schizophrenic males: experimental study]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyi nauchyi zhurnal* [Medical psychology in Russia: Internet scientific journal], 2011, no. 4. Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed: 16.11.2014).
4. Korobova E.L. *Kognitivnye stili u bol'nykh shizofreniei: diss. ... kand. psikhol. nauk* [Cognitive styles of patients with schizophrenia. PhD Diss.]. St. Petersburg, 2007, 253 p.
5. Kostrikin I.S. *Sootnoshenie stilevykh i produktivnykh kharakteristik intellektual'noi deyatel'nosti u lits s vysokimi znacheniyami IQ: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Relationship of style and productive characteristics of mental activity with high IQ. PhD Diss.]. Moscow, 2001, 207 p.
6. Nikolaenko N.N. *Sovremennaya neiropsikhologiya* [Modern neuropsychology]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2013, 267 p.
7. Osnitskii A.K. *Opreделение kharakteristik sotsial'noi adaptatsii* [Identification of social adaptation characteristics]. *Psikhologiya i shkola* [Psychology and school], 2000, no. 1, pp. 43-56.

8. Petrova N.N., Zadvinskii V.Yu. *Osobennosti psikhosotsial'noi adaptatsii i kognitivnyi stil' bol'nykh shizofreniei* [Features of psychosocial adaptation and the cognitive style of patients with schizophrenia]. *Vestnik SPbGU* [Bulletin of St.Petersburg State University], 2007, vol. 11, no. 3, pp. 56–62.
9. Popov Yu.V., Vid. V.D. *Sovremennaya klinicheskaya psikiatriya* [Modern clinical psychiatry]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2002, 402 p.
10. Snezhnevskiy A.V., ed. *Rukovodstvo po psikiatrii* [Handbook of psychiatry]. Moscow, Meditsina Publ., 1983, vol. 1, 480 p.
11. Tarabrina N.V. *Eksperimental'no-psikhologicheskoe i biokhicheskoe issledovanie sostoyanii frustratsii i emotsional'nogo stressa pri nevrozakh: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological and biochemical study of frustration and stress in neuroses. PhD Diss]. Leningrag, 1973, 129 p.
12. Kholodnaya M.A. *Kognitivnye stili. O prirode individual'nogo uma* [Cognitive styles. On the nature of the individual mind]. St. Petersburg, Piter Publ., 2004, 384 p.
13. Shkuratova I.P. *Issledovanie stilya v psikhologii: oppozitsiya ili konsolidatsiya* [Style research in psychology: opposition or consolidation]. In: Libin A.V., ed. *Stil' cheloveka: psikhologicheskii analiz* [Human style: psychological analysis]. Moscow, Smysl Publ., 1998, 310 p.
14. Yan'shin P.V. *Praktikum po klinicheskoi psikhologii. Metody issledovaniya lichnosti* [Clinical psychology workshop. Personality research methods]. St. Petersburg, Piter Publ., 2004, 336 p.
15. Andreasen N.C., Calage C.A., O'Leary D.S. Theory of Mind and Schizophrenia: A Positron Emission Tomography Study of Medication-Free Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, vol. 34, no. 4, pp. 708–719.
16. Gilpin A.R. Instructional variations and adults conceptual tempo performance. *Journal of General Psychology*, 1979, vol. 100, no. 1, pp. 53–61.
17. Gottschaldt K.B. Über den Einfluss der Erfahrung auf die Wahrnehmung von Figuren. *Psychologische Forschung*, 1926, Dec., vol. 8, no. 1, pp. 261–317.
18. Keefe R., Eesley C.E. Neurocognitive Impairments. In: Lieberman J.A., Stroup T.S., Perkins D.O., ed. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, 2006, 435 p.
19. Kepner M.D., Neimark E.D. Test-retest reliability and differential patterns of score chance on the Group Embedded Figures Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, June, vol. 46, no. 6, pp. 1405–1413.
20. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal and coping*. N.Y., Springer, 1984, 218 p.
21. Leitman D.I., Loughhead J., Wolf D.H., Ruparel K., Kohler C.G., Elliott M.A. Abnormal Superior Temporal Connectivity During Fear Perception in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, vol. 34, no. 4, pp. 673–678.
22. Niaz M. Mobility-fixity dimension in Witkin's theory of field-dependence/independence and its implication for problem solving in science. *Perceptual and Motor Skills*, 1987, Dec., vol. 65, no. 3, pp. 755–764.
23. Pinkham A.E., Hopfinger J.B., Ruparel K., Penn D.L. An Investigation of the Relationship Between Activation of a Social Cognitive Neural Network and Social Functioning. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, April, vol. 34, no. 4, pp. 688–697.
24. Plomin R., Buss A.H. Reflection – impulsivity and intelligence. *Psychological Reports*, 1973, Dec., vol. 33, no. 3, pp. 726–726.

25. Rogers C.R., Dymond R.F. *Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach*. Chicago, University of Chicago Press, 1954, 447 p.
26. Rosenzweig S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. *Journal of Personality*, 1945, Sept., vol. 14, no. 1, pp. 3–23.
27. Rush G.M., Moore D.M. Effects of restructuring training and cognitive style. *Educational Psychology*, 1991, vol. 11, no. 3–4, pp. 309–321.
28. Schatteman A., Carette E., Couder J., Eisendrath H. Understanding the Effects of a Process-oriented Instruction in the First Year of University by Investigating Learning Style Characteristics. *Educational Psychology*, 1997, March-June, vol. 17, no. 1–2, pp. 111–125.
29. Witkin H.A. Psychological differentiation and forms of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, Oct., vol. 70, no. 5, pp. 317–336.
30. Witkin H.A., Dyk R.B., Peterson H.F., Goodenough D.R., Karp S.A. *Psychological differentiation*. N.Y., Wiley, 1962, 362 p.
31. Witkin H.A., Oltman P.K., Raskin E., Karp S.A. *A manual for the Embedded Figures Tests*. Palo Alto, Consulting Psychologists, 1971, 32 p.
32. Witkin H.A., Goodenough D.R., Oltman P.K. Psychological differentiation: Current status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, July, vol. 37, no. 7, pp. 1127–1145.
33. Witkin H.A. *Cognitive styles: Essence and origin. Field dependence and field independence*. N.Y., 1982, 289 p.
34. Wynn J.K., Lee J., Horan W.P., Green M.F. Using Event Related Potentials to Explore Stages of Facial Affect Recognition Deficits in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2008, April, vol. 34, no. 4, pp. 679–687.

Куликова О.С. Полезависимость – полenezависимость как фактор социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 104–119.

Аннотация. *Введение.* Цель исследования: определить роль полезависимости / полenezависимости как фактора социальной адаптации на инициальной стадии параноидной шизофрении.

Материал и методы. Было обследовано 80 пациентов, (41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет; средний возраст – 32 года), находящихся на стационарном лечении в психиатрическом стационаре с диагнозом «шизофрения, параноидная форма» и длительностью заболевания на момент обследования – не более 1 года. Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц (35 мужчин, 25 женщин в возрасте от 20 до 40 лет; средний возраст – 29 лет). Для достижения целей исследования были использованы: методика «Включенные фигуры»; методика «Индекс жизненного стиля»; методика «Стратегии совладающего поведения»; многоуровневый опросник «Адаптивность»; опросник социально-психологической адаптации; тест фрустрационных реакций. Для стати-

стической обработки данных применялись кластерный анализа и критерий Манна – Уитни.

Результаты. По когнитивно-стилевым характеристикам в группе сравнения выделены подгруппы мобильных полезависимых и мобильных полenezависимых обследуемых; в экспериментальной группе были выделены подгруппы фиксированных полезависимых, мобильных полезависимых и фиксированных полenezависимых. По измеренным показателям социальной адаптации выявлены статистически значимые различия между выделенными когнитивно-стилевыми субгруппами отдельно для группы сравнения и экспериментальной группы.

Обсуждение. Для психически здоровых лиц характерна мобильность когнитивно-стилевых особенностей полезависимости / полenezависимости; в экспериментальной группе, напротив, преобладает фиксированность когнитивно-стилевых особенностей. Кроме этого, в условиях психического здоровья с более высокими возможностями социальной адаптации сочетается когнитивно-стилевая характеристика мобильной полenezависимости. На инициальном этапе параноидной шизофрении более высокими возможностями социальной адаптации обладают пациенты с фиксированной полезависимостью (в отличие от полenezависимых).

Заключение. Проведенное исследование показало роль когнитивного стиля «полезависимость / полenezависимость» как фактора социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении.

Ключевые слова: инициальный этап параноидной шизофрении, социальная адаптация, когнитивный стиль «полезависимость / полenezависимость», психологическая защита, копинг-поведение, фрустрационное реагирование.

Информация об авторе:

Куликова Ольга Сергеевна, медицинский психолог лаборатории медицинской психологии и психофизиологии ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2». Россия, 460551, Оренбургская область, Оренбургский район, с. Старица, пер. Майский д. 2. тел.: +7 3532 399189; +7 3532 399171; ol.klkv@mail.ru.

Kulikova O.S. Polezavisimost' - polenezavisimost' kak faktor sotsial'noi adaptatsii na initsial'nom etape paranoidnoi shizofrenii [Field-dependence / field-independence as a factor of social adaptation in first episode of paranoid schizophrenia] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 104-119.

Abstract

Introduction. The aim of this research is to determine the role of field-dependence / field-independence as a factor of social adaptation at the initial stage of paranoid schizophrenia.

Material and methods. The author examined 80 psychiatric in-patients diagnosed with paranoid schizophrenia (41 men and 39 women aged 18-39; the average age is 32), whose disease had lasted no longer than 1 year at the moment of examination. The control group consisted of 50 mentally sane persons (35 men and 25 women aged 20-40; the average age is 29). The following methods were used in the research: the Embedded Figures Test; the Life Style Index; the Coping Behaviour Strategies Technique; the Multilevel Questionnaire "Adaptability"; the Socio-psychological Adaptation Questionnaire; the Picture Frustration test. The data obtained were treated using the cluster analysis and Mann-Whitney test.

Results. According to the cognitive style characteristics, the author divides the control group into two subgroups: mobile field-dependence subjects and mobile field-independence subjects; the experimental group is divided into three subgroups: fixed field-dependence subjects, mobile field-dependence subjects and fixed field-independence subjects. According to the indices of social adaptation, the author determines statistically significant differences between the cognitive style subgroups, on a separate basis for the control group and for the experimental group.

Discussion. The mentally sane persons are characterised by the mobility of the cognitive style of field-dependence / field-independence; as to the experimental group, the fixity of the cognitive style is dominant. Besides, the mentally sane persons with the cognitive style of mobile field-independence are characterised by greater possibilities of social adaptation. In the case of the initial stage of paranoid schizophrenia, the possibilities of social adaptation of the fixed field-dependence subjects are higher (as opposed to the field-independence subjects).

Conclusion. The research showed the role of the cognitive style of field-dependence / field-independence as a factor of social adaptation at the initial stage of paranoid schizophrenia.

Keywords: first episode of paranoid schizophrenia, social adaptation, cognitive style «field-dependence / field-independence», psychological defense, coping-behavior, reaction to frustration.

Information about author:

Kulikova Ol'ga, Clinical Psychologist, Laboratory of Medical Psychology and Psychophysiology, Orenburg Regional Psychiatric Hospital; 2, per. Maiskii, s. Staritsa, Orenburgskii district, Orenburgskaya oblast, 460551, Russia. Tel.: +7 3532 399189; +7 3532 399171; *ol.klkv@mail.ru*.

Поступила: 15.10.2015

Received: 15.10.2015

УДК 616.1:159.947

ББК Ю971.1-8

ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОЗНАННОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.Ю. Лазарева, Е.Л. Николаев

Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Введение

Больные, проходящие лечение в кардиологической клинике, и пациенты, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), относятся к тому контингенту пациентов, которые, в силу значимости роли психосоциального фактора в происхождении их патологического состояния [6] и частых сочетанных психических нарушений [11], нуждаются в тщательном психологическом обследовании и психотерапевтическом сопровождении [12, 13, 21]. Психологические интервенции, проводимые в отношении больных ССЗ, часто опираются на адаптационные ресурсы личности [5], в числе которых – специфика ее межличностного взаимодействия [2], копинг-стратегии [3, 17], эмоциональная регуляция [19], семейные и духовные ценности [9], личностная компетенция больного [10].

Важную роль в процессе адаптации личности к актуальной жизненной ситуации играют процессы осознанной саморегуляции личности. Развитость процессов саморегуляции способствует наиболее эффективному выполнению деятельности в различных условиях жизни, обеспечивает поддержание нервно-психической устойчивости личности, предупреждает и уменьшает негативное воздействие стресса [7]. Недостаточность саморегуляции часто сопровождается ростом суицидального риска [14].

В то же время информации о характере процессов саморегуляции у больных ССЗ крайне недостаточно. В связи с чем исследование особенностей саморегуляции личности в условиях жизненной ситуации, обусловленной кардиологическим заболеванием, может позволить получить важную информацию о специфике организации целенаправленной активности личности больного, что необходимо для разработки программ психологической интервенции и последующей психологической реабилитации больных ССЗ.

Материал и методы

Исследованы пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) – ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ), врождёнными и приобретёнными пороками сердца (ПС). Общую выборку составили 185 человек в возрасте от 18 до 62 лет (средний возраст $46,2 \pm 8,7$ года), мужчин – 50,8%, женщин – 49,2%. Средняя продолжительность заболевания испытуемых составила $13,6 \pm 10,8$ года.

Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 37,3 %, испытуемых с ИБС – 32,3 %, испытуемых с ПС – 30,3%. Средний возраст пациентов с ИБС первой клинической группы составил $48,36 \pm 7,05$ года, средний стаж заболевания – $7,4 \pm 5,3$ года, 53,6% из пациентов были мужского пола. Средний возраст пациентов второй группы с ГБ составил $47,35 \pm 7,91$ года, средний стаж заболевания – $14,8 \pm 6,2$ года, 60,0% из них были лицами женского пола. В третью группу вошли пациенты с ПС среднего возраста $44,64 \pm 16,10$ года, имеющие средний стаж заболевания – $19,6 \pm 11,7$ года, 64,3% из которых были лицами женского пола. Исследовательские группы были гомогенны по возрастному составу ($p = 0,145$).

Исследование осознанной саморегуляции у больных ССЗ проводилось при помощи опросника «Стиль саморегуляции поведения Моросановой» (ССПМ) [8], структура которого позволяет отдельно определить особенности регуляторных процессов личности и особенности ее регуляторных свойств, а также суммарный показатель саморегуляции как показатель регуляторной активности личности. В качестве нормативных данных в исследовании использовались результаты здоровой популяции, приведенные в руководстве В.И. Моросановой [8]. Для статистической обработки использовались метод однофакторного дисперсионного анализа и *t*-критерий Стьюдента.

Результаты

Исследование регуляторной активности больных ССЗ при помощи опросника СПМ выявило, что суммарный показатель саморегуляции больных статистически не отличается от показателя у здоровых ($p = 0,051$) и имеет определенную тенденцию к росту. Причем достоверные различия в общих показателях регуляторной активности у больных ИБС, ГБ и ПС не выявлены ($p = 0,868$), что свидетельствует о том, что уровень сформированности индивиду-

альной системы осознанной саморегуляции у больных с ССЗ не отличается от таковой у здоровых. У больных ССЗ всех клинических групп саморегуляция характеризуется сохранностью функции регуляторной активности, что отражает высокую значимость последней в формировании адаптационного потенциала личности при кардиальной патологии.

Исследование показателей, соответствующих регуляторным процессам и свойствам личности при болезни, осуществлялось по характеристикам планирования, моделирования, программирования и оценки результатов как структурных компонентов саморегуляции личности, представленных в опроснике ССПМ отдельными шкалами.

Таблица 1. Показатели шкал опросника ССПМ, соответствующие регуляторным процессам у больных ССЗ, в сравнении с нормативной группой ($M \pm \sigma$)

Наименование шкалы	Больные ССЗ	Норма	p
Планирование	6,25±1,76	5,02±2,00	0,0001
Моделирование	5,29±1,83	5,43±1,84	0,327
Программирование	6,26±1,36	5,91±1,69	0,007
Оценивание результатов	5,79±1,76	5,12±1,63	0,0001

Как видно из табл. 1, большинство регуляторных процессов у больных ССЗ отличается большей выраженностью, чем у здоровых. Наибольшие различия отмечены по показателю планирования ($p = 0,0001$), что отражает высокий уровень способности больных к осознанному планированию собственной деятельности.

Также у больных в большей мере, чем у здоровых, развита адекватность самооценки и оценки результатов собственной деятельности и поведения ($p = 0,0001$) и развито осознанное программирование личностью собственных действий ($p = 0,01$). Возможности саморегуляции больных ССЗ, отражающие параметр моделирования как развитость представлений о системе внешних и внутренних значимых условий, степени их осознанности, детализированности и адекватности, соответствуют его характеристикам у здоровых ($p = 0,327$).

При сравнении особенностей саморегуляции у больных ССЗ различных клинических групп (табл. 2) обращает на себя внимание наличие достоверных различий по параметрам моделирова-

ния ($p = 0,014$) и оценивания результатов ($p = 0,009$). По параметрам планирования и программирования, имеющих высокий уровень во всех группах, различий в особенностях регуляторных процессов с учетом кардиологических диагнозов не отмечено.

Таблица 2. Показатели шкал опросника ССПМ, соответствующие регуляторным процессам у больных ССЗ различных клинических групп ($M \pm \sigma$)

Наименование шкалы	Больные ИБС	Больные ГБ	Больные ПС	p
Планирование	6,22±1,82	6,65±1,77	6,11±1,69	0,231
Моделирование	4,88±2,05	5,41±1,50	5,81±1,55	0,014
Программирование	6,33±1,43	6,18±1,07	6,22±1,40	0,801
Оценивание результатов	5,51±1,76	5,41±1,97	6,36±1,55	0,009

Выявленные особенности регуляторных процессов характеризуют больных ССЗ следующим образом.

Больные с ИБС на фоне высокой развитости регуляторных процессов планирования, программирования и оценивания результатов имеют очень низкий уровень сформированности процессов моделирования, что сопровождается незрелой оценкой внутренних и внешних условий и обстоятельств, проявляется бесплодными размышлениями, перемежающимися резкими колебаниями отношения к развитию ситуации и последствиям собственных действий. У них могут возникать проблемы с определением целей и программы собственных действий, отвечающих потребностям конкретной ситуации. Несмотря на имеющуюся потребность тщательно продумывать все детали своих возможных действий, такие больные, тем не менее, не в состоянии отмечать незначительные изменения обстановки и вовремя реагировать на них, что значительно снижает эффективность их деятельности.

Регуляторная активность больных ГБ характеризуется следующими особенностями – при адекватной развитости регуляторных процессов моделирования имеется высокий уровень развития процессов планирования, программирования и оценивания результатов. Больные ГБ отличаются зрелостью, осознанностью и самостоятельностью в формировании целей, их реалистичностью и устойчивостью, склонностью к тщательному продумыванию и структурированию планируемой деятельности. В ситуации изменения условий они способны изменять свои планы и программы действий, адекватно оценивать их и свою роль в их реализации.

В специфике регуляторных процессов больных с ПС важно отметить высокую сформированность всех звеньев саморегуляции. Таких больных в большей степени характеризует высокий уровень развития моделирования и оценки результатов. Больные с ПС способны адекватно выделять актуальные для личности приоритеты в настоящем и будущем, определять условия и средства, способствующие достижению значимых целей, внутренне готовы к продолжению деятельности в условиях неожиданных изменений. Их самооценка, как правило, сформирована и адекватна, в оценке результатов деятельности они могут опираться на свои внутренние субъективные критерии.

Особенности регуляторных свойств личности у больных ССЗ определялись по параметрам гибкости и самостоятельности, как структурным компонентам саморегуляции личности, представленным в опроснике ССПМ в виде двух отдельных шкал.

Полученные результаты, представленные в табл. 3, свидетельствуют, что регуляторные свойства личности у больных ССЗ в сравнении со здоровыми отличаются резким снижением гибкости ($p = 0,0001$) и самостоятельности ($p = 0,005$), что характеризует кардиологических больных, в целом, как неспособных модифицировать регулятивную деятельность личности в условиях внешних и внутренних изменений, а также не обладающих развитой системой регуляторной автономности.

Таблица 3. Показатели шкал опросника ССПМ, соответствующие регуляторным свойствам у больных ССЗ, в сравнении с нормативной группой ($M \pm \sigma$)

Наименование шкалы	Больные ССЗ	Норма	p
Гибкость	5,04±2,18	6,58±1,83	0,0001
Самостоятельность	5,15±2,14	5,60±2,08	0,005

При дифференцированном рассмотрении регуляторных свойств личности у больных ССЗ различных клинических групп получены результаты, представленные в табл. 4, обнаруживающие одинаковое снижение гибкости во всех трех группах ($p = 0,823$).

Можно сказать, что и больных ИБС, и больных ГБ, и больных ПС отличает ригидность, недостаточная гибкость регуляции. В обстановке быстрых и непредсказуемых изменений они ощущают тревогу и неуверенность – это может касаться отдельных ситуа-

ций, жизненных обстоятельств и образа жизни. Даже высокая сформированность звеньев регуляторного процесса не в состоянии обеспечить им способность эффективно приспосабливаться к ситуации, начиная с планирования действий и поведения, разработки программы деятельности и выделения значимых условий, и заканчивая оценением имеющихся результатов и внесением необходимых поправок и корректив в процесс. Именно эти свойства недостаточной гибкости, ригидности регуляторных процессов могут лежать в основе жизненных неудач и низкой эффективности деятельности у больных ССЗ.

Таблица 4. Показатели шкал опросника ССПМ, соответствующие регуляторным свойствам у больных ССЗ различных клинических групп (M±σ)

Наименование шкалы	Больные ИБС	Больные ГБ	Больные ПС	<i>p</i>
Гибкость	4,94±2,08	5,18±2,30	5,11±2,33	0,823
Самостоятельность	5,54±1,94	5,53±2,18	4,44±2,36	0,008

Еще одним регуляторным свойством, по которому наблюдаются межгрупповые различия, является самостоятельность (табл. 4). Если у больных ИБС и ГБ это свойство сформировано оптимально, то у больных ПС его уровень достоверно снижен ($p = 0,008$), что характеризует больных с ПС как людей зависимых, чрезмерно ориентированных на мнение и оценку окружающих, чья деятельность целиком основывается на некритичном следовании их рекомендациям, а ситуации неуспеха и низкой эффективности деятельности связаны с отсутствием возможности обращения или принятия посторонней помощи.

Обсуждение

Приступая к обсуждению полученных результатов, стоит отметить, что на модели здоровых доказано, что уровень осознанной саморегуляции взаимосвязан с особенностями личностных свойств. При этом чем выше уровень саморегуляции личности, тем более выражена экстравертированность личности и выше ее стрессоустойчивость [15]. В этом плане большая выраженность показателей саморегуляции у больных ССЗ должна бы сопровождаться повышением их стрессоустойчивости, чего мы не наблюдаем у обследованных пациентов по данным беседы. Скорее всего, повышенный уровень саморегуляции при кардиологической патологии отражает

большую направленность осознанной деятельности больных ССЗ по контролю своего заболевания, необходимость которого подчеркнута в отношении хронических заболеваний [18].

С другой стороны, у здоровых более высокий уровень волевой активности личности, ее готовность к самоконтролю тесно взаимосвязана с выраженной мотивацией и состоянием удовлетворённости [1]. У больных, так же, как и у здоровых, саморегуляция и привычный самоконтроль могут быть весьма полезным конструктом, взаимосвязанным с более здоровым поведением [20], т.е. выраженная саморегуляция со стороны больных ССЗ может отражать наличие у них высокого адаптационного потенциала.

Как свидетельствуют полученные в работе результаты, особенности регуляторной активности личности ССЗ характеризуются гиперфункцией регуляторных процессов на фоне недостаточности регуляторных свойств. Эти данные в определенной степени согласуются с результатами исследования стресс-преодолевающего поведения у больных, перенёвших инфаркт миокарда. Установлено, что в предрасположенности к инфаркту миокарда большое значение имеет недостаточность репертуара копинг-стратегий – проблемно-ориентированных и направленных на эмоциональную саморегуляцию и поиск внешних ресурсов для разрешения проблемы. Для таких больных характерна низкая эффективность эмоционально-фокусированного совладания, отражающая общие трудности эмоциональной саморегуляции поведения в условиях повышенной эмоциональной нагрузки [3].

В некоторых исследованиях подчеркивается, что саморегуляция также положительно взаимосвязана с такой личностной чертой как перфекционизм, который при чрезмерной выраженности способствует дезадаптации личности [16], а показатели планирования и самостоятельности в структуре саморегуляции детерминируют патологический перфекционизм [4], характеризующим недостаточную гибкость личности и наличие которого не исключается у больных с кардиологической патологией.

Заключение

Итак, характеризуя регуляторную активность личности у больных ССЗ, можно констатировать, что общий недифференцированный уровень саморегуляции при кардиальной патологии соответствует нормативному. В то же время существуют значимые различия в специфике регуляторной активности на уровне

регуляторных процессов и регуляторных свойств личности в каждой клинической группе.

В целом у больных ССЗ отмечено усиленное развитие основных регуляторных процессов (планирования, программирования, оценивания результатов), относимых нами к проявлениям вынужденного контроля в отношении своего соматического состояния. С другой стороны, у кардиологических больных выявляется недостаточность сформированности регуляторных свойств (гибкости, самостоятельности), что может соотноситься с проявлениями патологического перфекционизма. Характерной особенностью регуляторной активности при ИБС является недостаточность гибкости и неразвитость процессов моделирования, при ГБ – недостаточность гибкости, при ПС – общая неразвитость регуляторных свойств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батоцыренов В.Б., Эрдынеева К.Г. Психологические особенности волевой саморегуляции российских и китайских студентов // Вестник Забайкальского государственного университета. 2010. № 2. С. 73–78.
2. Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2014. Т. 14, № 4. С. 60–62.
3. Дубинина Е.А. Стресс-преодолевающее поведение у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2014. № 167. С. 81–89.
4. Золотарева А.А. Перфекционизм в структуре саморегуляции личности // Психология и психотехника. 2012. Т. 42, № 3. С. 59–68.
5. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Личностные адаптационные ресурсы при кардиальной патологии // Вестник Чувашского государственного педагогического университета им. И.Я. Яковлева. 2013. № 4–1 (80). С. 92–96.
6. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 429–435.
7. Моросанова В.И. Саморегуляция и индивидуальность человека. М.: Наука, 2010. 519 с.
8. Моросанова, В.И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ). М., 2004. 44 с.
9. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90–99.
10. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Организационные аспекты психологической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психотерапии. 2014. № 49(54). С. 79–90.
11. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Особенности психической дезадаптации при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник Чувашского университета. 2013. № 4. С. 209–212.

12. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. 2010. № 4. С. 164–170.
13. Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А. Криз? Атака? Невроз? клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. 2009. № 30. С. 86–90.
14. Орлов Д.К., Николаев Е.Л. Особенности самоотношения и саморегуляции у студентов с различным уровнем здоровья // Вестник психотерапии. 2015. № 56(61). С. 121–135.
15. Полушкина И.В. Личностные особенности студентов-психологов с разным уровнем саморегуляции // Международный научно-исследовательский журнал. 2014. № 3–2(22). С. 123–124.
16. Седунова А.С. Перфекционизм и стили саморегуляции личности // Теория и практика общественного развития. 2013. № 8. С. 127–129.
17. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чувашского университета. 2006. № 1. С. 281–288.
18. Clark N.M., Gong M., Kaciroti N. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Educ Behav.* 2014. Oct., vol. 41 no. 5, pp. 499–508. doi: 10.1177/1090198114547701.
19. Pervichko E., Zinchenko Y., Ostroumova O. Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 2014, April, vol. 127, pp. 686–690.
20. Schroder K.E.E., Schwarzer R. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science & Medicine*. 2005, vol. 60, no. 4, pp. 859–875.
21. Zinchenko Y., Pervichko E., Martynov A. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(2), pp. 89–102.

REFERENCES

1. Batotsyrenov V.B., Erdyneeva K.G. *Psikhologicheskie osobennosti volevoi samoregulyatsii rossiiskikh i kitaiskikh studentov* [Psychological peculiarities of volitional self-regulation in Russian and Chinese students]. *Vestnik Zabaikal'skogo gosudarstvennogo universiteta*, 2010, no. 2, pp. 73–78.
2. Hartfelder D.V., Nikolaev E.L., Lazareva E.Y. *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki lichnosti bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v svyazi s zadachami profilaktiki* [Clinical and psychological personality traits in cardiovascular patients in connection with problems of prevention]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta* [Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University], 2014, vol. 14, no. 4, pp. 60–62.
3. Dubinina E.A. *Stress-preodolevayushchee povedenie u patsientov, perenessikh infarkt miokarda* [Stress-coping behavior in myocardial infarction patients]. *Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gertsena* [Proceedings of A.I. Gertzen Russian State Pedagogical University]. 2014, no. 167, pp. 81–89.
4. Zolotareva A.A. *Perfektsionizm v strukture samoregulyatsii lichnosti* [Perfectionism as structural element of personal self-regulation]. *Psikhologiya i psikhotehnika* [Psychology and Psychotechnics], 2012, vol. 42, no. 3, pp. 59–68.

5. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Lichnostnye adaptatsionnye resursy pri kardial'noy patologii* [Personal adaptation resources in cardiac pathology]. *Vestnik Chuvashskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni I.Ya. Yakovleva* [Bulletin of the Chuvash State Pedagogical University named after I.Y. Yakovlev], 2013, no. 4(80), no. 1, pp. 92–96.
6. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. *Psichosomaticheskie sootnosheniya pri kardial'noi patologii: sovremennye napravleniya issledovaniy* [Psychosomatic correlations of cardiac pathology: modern studies trends]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 429–435.
7. Morosanova V.I. *Samoregulyatsiya i individual'nost' cheloveka* [Self-regulation and individuality]. Moscow, Nauka Publ., 2010, 519 p.
8. Morosanova V.I. *Oprosnik «Stil' samoregulyatsii povedeniya» (SSPM)* [Behavior self-regulation style questionnaire (BSRS)]. Moscow, 2004, 44 p.
9. Nikolaev E.L. *Sistema semeinykh i dukhovnykh tsennostei pri psikhicheskoi dezadaptatsii* [System of family and spiritual values in psychical deadaptation]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2005, no. 2, pp. 90–99.
10. Nikolaev E.L., Lazareva E.Y. *Organizatsionnye aspekty psikhologicheskoy pomoshchi bol'nym s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami* [Organizational issues of psychological service for patients with cardiovascular diseases]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2014, no. 49(54), pp. 79–90.
11. Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. *Osobennosti psikhicheskoi dezadaptatsii pri serdechno-sosudistykh zabolevaniyakh* [Specific of psychical adaptation in cardiovascular diseases]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2013, no. 4, pp. 209–212.
12. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. *Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya* [Clinical-psychological discourse of health study]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2010, no. 4, pp. 164–170.
13. Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. *Kriz? Ataka? Nevroz? Klinicheskii sluchai pristupa psikhovegetativnykh narushenii v kardiologicheskom statsionare* [Crisis? Attack? Neurosis? Acute psycho-autonomic disorder in cardiology hospital: case study]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2009, no. 30(35), pp. 86–90.
14. Orlov D.K., Nikolaev E.L. *Osobennosti samootnosheniya i samoregulyatsii u studentov s razlichnym urovнем zdorov'ya* [Specific of self-attitude and self-regulation in students with different level of health]. *Vestnik psikhoterapii* [Psychotherapy Bulletin], 2015, no. 56(61), pp. 121–135.
15. Polushkina I.V. *Lichnostnye osobennosti studentov-psikhologov s raznym urovнем samoregulyatsii* [Personality traits of psychology students with different level of self-regulation]. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal* [International Research Journal], 2014, no. 3–2(22), pp. 123–124.
16. Sedunova A.S. *Perfektsionizm i stili samoregulyatsii lichnosti* [Perfectionism and styles of personality self-regulation]. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya* [Theory and Practice of Society Development], 2013, no. 8, pp. 127–129.
17. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Psikhologicheskie mekhanizmy sovladaniya pri dezadaptatsii lichnosti: kul'tural'nyi aspekt* [Psychological coping mechanisms of disadapted personality: cultural aspect]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [Bulletin of Chuvash State University], 2006, no. 1, pp. 281–288.
18. Clark N.M., Gong M., Kaciroti N. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Educ Behav.* October 2014, vol. 41, no. 5, pp. 499–508. doi: 10.1177/1090198114547701.

19. Pervichko E., Zinchenko Y., Ostroumova O. Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 2014, April, vol. 127, pp. 686–690.
20. Schroder K.E.E., Schwarzer R. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science & Medicine*, 2005, vol. 60, no. 4, pp. 859–875.
21. Zinchenko Y., Pervichko E., Martynov A. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(2), pp. 89–102.

Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Характеристики осознанной саморегуляции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 1. С. 120–132.

Аннотация

Введение. В процессе адаптации личности к заболеванию важную роль играют процессы осознанной саморегуляции. Исследование особенностей саморегуляции личности в условиях сердечно-сосудистого заболевания (ССЗ) актуально для разработки программ психологической реабилитации.

Материал и методы. Выборку составили 185 больных ССЗ в возрасте от 18 до 62 лет, из которых – больных гипертонической болезнью (ГБ) – 37,3%, больных ишемической болезнью сердца (ИБС) – 32,3%, больных с пороками сердца (ПС) – 30,3%. Определение особенностей саморегуляции проводилось при помощи опросника «Стиль саморегуляции поведения Моросановой» (ССПМ). Для статистической обработки использовались метод однофакторного дисперсионного анализа и t-критерий Стьюдента.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что суммарный показатель саморегуляции у больных ССЗ не отличается от такового у здоровых. Большинство регуляторных процессов при ССЗ характеризуется большей выраженностью, чем у здоровых. Наибольшие достоверные различия отмечены по показателю планирования, оценки результатов, программирования. Особенности саморегуляции у больных ССЗ различных клинических групп описываются наличием достоверных различий по параметрам моделирования и оценивания результатов. Регуляторные свойства личности у больных ССЗ в сравнении со здоровыми отличаются резким снижением гибкости и самостоятельности, при этом регуляторным свойством, по которым имеются межгрупповые различия, является самостоятельность.

Обсуждение. С учетом имеющихся в литературе данных, можно утверждать, что повышенный уровень саморегуляции при кардиологической патологии может отражать большую направленность осознанной деятельности больных ССЗ по контролю своего заболевания, необходимость которого подчеркнута в отношении ряда хронических заболеваний. С другой стороны, выраженная саморегуляция со стороны больных ССЗ

может отражать уровень их адаптационного потенциала и взаимосвязь с чертами патологического перфекционизма.

Заключение. Регуляторная активность личности в структуре ее осознанной саморегуляции при ССЗ сохранна, и характеризуется гиперфункцией регуляторных процессов на фоне недостаточности регуляторных свойств.

Ключевые слова: саморегуляция, сердечно-сосудистые заболевания, личность, регуляторные процессы, регуляторные свойства, перфекционизм.

Информация об авторах:

Лазарева Елена Юрьевна, аспирант кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, elyu88@gmail.com.

Николаев Евгений Львович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой социальной и клинической психологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15, тел. +7 8352 452031, pzdorovie@bk.ru.

Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Kharakteristiki osoznannoi samoregulyatsii u bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [The characteristics of conscious self-regulation in patients with cardiovascular disease] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 1, pp. 120–132.

Abstract

Introduction. Conscious self-regulation plays an important role in the process of a person's adaptation to the disease. The research into the peculiarities of a person's adaptation to cardiovascular disease (CVD) is necessary for the development of programs of psychological rehabilitation.

Material and methods. The sample group consisted of 185 cardiovascular patients aged 18-62, 37.3% of which are hypertension (HTN) patients, 32.3% – patients with ischemic heart disease (IHD), 30.3% – patients with valvular heart disease (VHD). The Style of behaviour self-regulation questionnaire by V.I. Morosanova was used to determine the peculiarities of self-regulation. The data obtained were treated with the help of the one-way analysis of variance and Student's t-test.

Results. The study revealed that the consolidated figures of the self-regulation of the cardiovascular patients do not differ from those of the healthy persons. Most regulation processes in the cardiovascular patients are more marked than those in the healthy persons. The most significant differences were observed in the parameters of planning, evaluating the results, programming. The significant differences in the parameters of modelling and evaluating the results state the peculiarities of the self-regulation of the cardiovascular patients of different clinical groups. The regula-

tory properties of the cardiovascular patients as compared to the healthy persons are characterised by a sharp drop in flexibility and self-sufficiency, at the same time the differences between the groups are to be found in the regulatory property of self-sufficiency.

Discussion. Given the data available in the literature, it can be stated that the increased level of self-regulation in the case of cardiovascular disease may reflect the greater level of the cardiovascular patients' conscious control over their disease, the necessity of which is stressed in respect of a number of chronic diseases. On the other hand, the cardiovascular patients' marked self-regulation may reflect the level of their adaptation potential and the connection with the traits of pathological perfectionism.

Conclusion. The regulatory activity of a person in the structure of the person's conscious self-regulation persists under the conditions of cardiovascular disease and is characterised by the hyperactivity of regulatory processes amid the deficiency of regulatory properties.

Keywords: self-regulation, cardiovascular disease, personality, regulatory processes, regulatory properties, perfectionism.

Information about author:

Lazareva Elena, Post-Graduate Student of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University; 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, tel. +7 8352 452031, *elyu88@gmail.com*.

Nikolaev Evgeni – M.D., Doctor of Medical Science, Head of Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University; 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia, tel. +7 8352 452031, *pzdorovie@bk.ru*.

Поступила: 11.01.2016

Received: 11.01.2016

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «**Вестник психиатрии и психологии Чувашии**» является рецензируемым научно-практическим изданием, выходящим с 2005 года и представленным в базах данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) и Ulrich's Periodicals Directory. Он публикует оригинальные теоретические и экспериментальные статьи, обзоры, описание клинических случаев, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, сексологии, суицидологии, когнитивных и нейронаук и смежных с ними областей знаний на русском и английском языках.

Будучи периодическим научным изданием Чувашского государственного университета, он объединяет в составе редакционной коллегии и редакционного совета видных отечественных и зарубежных учёных – специалистов в области медицины и психологии. Журнал осуществляет информационную поддержку Российского общества психиатров и Российского психологического общества. Выходит ежеквартально.

Основные требования. Редакция рассматривает статьи, нигде ранее не публиковавшиеся и не предоставленные для публикации в другие издания. Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора (авторов) с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов. Авторы несут полную ответственность за достоверность публикуемых данных.

Вид, структура и объем статей.

Оригинальная статья – до 4000 слов текста самой статьи и 30–40 библиографических ссылок. Экспериментальная статья должна быть структурирована (введение, материал и методы, результаты, обсуждение, заключение) и описывать результаты исследований, направленных на решение актуальной научной задачи, должна содержать научную новизну.

Обзор до 6000 слов текста самой статьи и 50–70 библиографических ссылок. Он должен давать представление о состоянии исследований в данной области и включать объективный критический анализ имеющейся по данной теме отечественной и зарубежной литературы. В текстах статей и обзоров следует отдавать предпочтение ссылкам на публикации последних 5–10 лет.

Краткое сообщение – до 2000 слов текста самой статьи и 15–20 библиографических ссылок. Представляет собой короткую статью о новых результатах, не содержащую детального описания эксперимента. Также принимаются материалы, относящиеся к описаниям

клинических случаев, обзорам конференций и других мероприятий, хроника мероприятий и событий и рецензии.

Оформление статей. Текст статьи набирается на компьютере в текстовом редакторе MS Word. На первой странице указываются: название статьи; фамилия, имя, отчество ее авторов; название учреждения, в котором выполнена работа, для каждого автора; город, страна. Далее идет текст самой статьи.

Таблицы и рисунки должны быть наглядными, иметь название и не повторять данные, приведённые в тексте. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой.

В том же файле после статьи приводится аннотация на статью объемом 200–250 слов и 5-7 ключевых слов или фраз. Аннотация должна полностью соответствовать структуре статьи и кратко отражать её основное содержание. Также дается перевод названия статьи, аннотации и ключевых слов на английский язык.

Список литературы и ссылки на источники оформляются в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления». Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на языках с латинской графикой указывается после литературы на русском языке или языках, использующих кириллицу. В источнике должны быть представлены все авторы независимо от их числа. Библиографические описания русскоязычных источников должны содержать транслитерацию оригинального русского названия и его перевод на английский язык. Транслитерация может делаться при помощи сайта <http://www.translit.ru> с выбором системы транслитерации BSI. Для публикаций на языках, использующих латинскую графику, английский перевод не делается. По просьбе авторов редакция высылает более подробную инструкцию по оформлению списка литературы с конкретными примерами.

Представление статей в редакцию. Представление статьи в редакцию в электронном виде или бумажном виде сопровождается приложением следующих документов, образцы которых можно получить в редакции или на сайте издания:

1) личного письма-заявления автора (одного из авторов) или официального направления учреждения, в котором выполнена работа. Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде;

2) самой статьи, на первой странице которой имеются подписи всех авторов с расшифровкой. Статья может быть подписана одним из авторов, который берет на себя ответственность и ставит подпись с расшифровкой и припиской «Согласовано со всеми авторами». Посы-

ляется в редакцию в бумажном или отсканированном виде (только первая страница с подписями);

3) анкеты автора (анкет авторов), содержащей необходимую для публикации или переписки информацию о статье и ее авторах. Оформляется по специальной форме и отправляется в редакцию в формате Word в электронном виде;

Условия публикации статьи. Все рукописи, поступающие в редакцию, проходят рецензирование. После получения рецензий и ответов автора редакция принимает решение о публикации или отклонении статьи. Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин.

***Notes for contributors in English can be found at:
<http://vppc.chvsu.ru>.***

ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ (16+)

2016
Т. 12, № 1

Редактор *Г.Ф. Губанова*
Технический редактор *Н.Н. Иванова*

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзоре)
Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-60903 от 02.03.2015 г.

Сдано в набор 25.02.16. Подписано в печать 12.03.16. Выход в свет 25.03.16.
Формат 60×84/16. Бумага писчая. Гарнитура Cambria. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 7,91. Уч.-изд. л. 7,54.
Тираж 100 экз. Заказ № 371. Свободная цена.

428015, Чебоксары, Московский просп., 15
Типография Чувашского университета