

ISSN 1993-1298



# ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИ ХЫПАРСИ  
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



5

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,  
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

---

---

# **ВЕСТНИК**

## **ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ**

*Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕи*  
*The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*

---

---

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ  
ИЗДАНИЕ

№ 5

Чебоксары  
2009

## **Научно-практическое издание Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов**

### **Председатель редакционного совета**

А.Б. КОЗЛОВ (Чебоксары, Россия)

### **Редакционный совет:**

А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург, Россия)

С.А. ИГУМНОВ (Минск, Белоруссия)

К.А. ИДРИСОВ (Грозный, Россия)

Е.Н. КАДЫШЕВ (Чебоксары, Россия)

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург, Россия)

А.М. КАРПОВ (Казань, Россия)

В.Н. КРАСНОВ (Москва, Россия)

С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс, Литва)

Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе, Таджикистан)

С.А. НУРМАГАМБЕТОВА (Алма-Ата, Казахстан)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

А.А. ЧУРКИН (Москва, Россия)

К. ШТУПЕК (Зальцбург, Австрия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

### **Главный редактор**

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

### **Редакционная коллегия**

И.Е. БУЛЫГИНА (редактор раздела «Наркология»)

Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР (технический редактор)

А.В. ГОЛЕНКОВ (зам. главного редактора,  
редактор раздела «Психиатрия»)

А.Н. ЗАХАРОВА (редактор раздела «Психология»)

Ф.В. ОРЛОВ (ответственный секретарь,  
редактор раздела «Психотерапия»)

### **Адрес редакции**

Россия, 428018, Чувашская Республика,

г. Чебоксары, ул. К. Иванова, 20

Тел. (8352) 58-01-30, 58-53-41,

факс (8352) 58-01-30

Е-mail: [chapn1962@yahoo.com](mailto:chapn1962@yahoo.com)

**Чăваш психиатрĕсемпе наркологиĕсен,  
психотерапевчĕсемпе психологиĕсен  
ассоциацийĕн клиника практикипе  
ăслăлăх кăларăмĕ**

**Редакци канашĕн пуçлăхĕ**  
А.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

**Редакци канашĕ**  
А.А. АЛЕКСАНДРОВ  
(Санкт-Петербург)  
С.А. ИГУМНОВ (Минск)  
К.А. ИДРИСОВ (Грозный)  
Е.Н. КАДЫШЕВ (Шупашкар)  
Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ  
(Санкт-Петербург)  
А.М. КАРПОВ (Хусан)  
В.Н. КРАСНОВ (Мускав)  
С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс)  
Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе)  
С.А. НУРМАГАМБЕТОВА  
(Алма-Ата)  
А.Ф. СОГОЯН (Ереван)  
Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)  
А.В. ХУДЯКОВ (Иваново)  
А.А. ЧУРКИН (Мускав)  
К. ШТУППЕК (Зальцбург)  
С. ЭВАНС (Нью-Йорк)

**Тĕп редакторĕ**  
Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

**Редакци ушкăнĕ**  
И.Е. БУЛЫГИНА  
Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР  
А.В. ГОЛЕНКОВ  
(тĕп редактор сұмĕ)  
А.Н. ЗАХАРОВА  
Ф.В. ОРЛОВ (яваплă секретарĕ)

**Редакци вырăнĕ**  
428018, Чăваш Республики,  
Шупашкар хули, К. Иванов ур., 20

Тел. (8352) 58-01-30, 58-53-41  
факс (8352) 58-01-30  
E-mail: [chapn1962@yahoo.com](mailto:chapn1962@yahoo.com)

Research and clinical practice edition  
of the Chuvash association  
of psychiatrists, narcologists,  
psychotherapists, psychologists

Chairman of Editorial Council  
A.B. KOZLOV (Cheboksary)

Editorial Council  
A.A. ALEKSANDROV  
(St. Petersburg)  
G. CHRISTODOULOU (Athens)  
A.A. CHURKIN (Moscow)  
S. EVANS (New-York)  
K.A. IDRISOV (Grozny)  
S.A. IGUMNOV (Minsk)  
E.N. KADYSHEV (Cheboksary)  
A.M. KARPOV (Kazan)  
B.D. KARVASARSKY  
(St. Petersburg)  
V.N. KRASNOV (Moscow)  
A.V. KHUDIAKOV (Ivanovo)  
S. LESINSKIENE (Vilnius)  
D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)  
S.A. NURMAGAMBETOVA  
(Almaty)  
A.F. SOGHOYAN (Yerevan)  
C. STUPPÄCK (Salzburg)

Editor-in-Chief  
E.L. NIKOLAEV (Cheboksary)

Editorial Board  
I.E. BULYGINA  
D.V. HARTFELDER  
A.V. GOLENKOV  
(deputy editor)  
F.V. ORLOV (executive editor)  
A.N. ZAKHAROVA

Editorial office  
20 K. Ivanova ul., Cheboksary  
Chuvash Republic 428018 Russia

Tel. +7 (8352) 58-01-30, 58-53-41  
Fax. +7 (8352) 58-01-30  
E-mail: [chapn1962@yahoo.com](mailto:chapn1962@yahoo.com)

# СОДЕРЖАНИЕ

От редактора ..... 6

## АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

*Л.П. Великанова*

Гендерные особенности психологических характеристик стрессоустойчивости и их динамика в младшем школьном возрасте ..... 8

*О.И. Салмина-Хвостова*

Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты) ..... 19

*И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев*

Биопсихосоциальные факторы риска развития алкогольных психозов ..... 30

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

*П.О. Бомов, В.Г. Будза*

Клинико-социальные характеристики апато-абулического дефекта у больных с дебютом шизофрении в позднем возрасте ..... 41

*А.В. Голенков, Д.Н. Крылов*

Электросудорожная терапия: результаты опроса студентов-медиков ..... 51

*Е.Н. Давтян, С.Э. Давтян*

Семантико-этимологический анализ речевого поведения больных с сенестопатиями ..... 59

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*Д.В. Гартфельдер*

Динамика совладающего поведения  
при сердечно-сосудистых заболеваниях ..... 67

*М.П. Сергеев*

Психодинамическая структура личности  
у осужденных к лишению свободы ..... 81

*Е.Ю. Устина, Е.Л. Николаев*

О субъективных семантических пространствах  
личности при соматических заболеваниях ..... 88

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

*В.Т. Лекомцев*

Комплексная коррекция церебрастенического  
синдрома у детей и школьников ..... 93

*О.Ю. Смирнова, А.В. Худяков*

Эмоциональное выгорание  
у медсестер психиатрических больниц ..... 114

## ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

*А.В. Голенков*

Психические расстройства Винсента Ван Гога:  
обзор мнений врачей и ученых ..... 127

## СОБЫТИЯ И ИМЕНА

Десятилетие кафедры психиатрии и медицинской  
психологии Чувашского госуниверситета ..... 145

Памяти Владимира Павловича Фоминых ..... 147

Рефераты текущих публикаций  
(на русском, чувашском и английском языках) ..... 148

Информация для авторов ..... 163

## ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели!

Вы держите в своих руках уже пятый номер «Вестника психиатрии и психологии Чувашии». Пять выпусков за пять лет, на первый взгляд, это не так и много. Однако за этим событием стоит кропотливый труд редакторского и издательского коллективов. За пять лет наш журнал не только доказал свое право на существование, но и уверенно подтвердил свою востребованность как со стороны читательской аудитории, так и со стороны авторов публикуемых материалов. Формат самого издания и его содержательное наполнение способствуют тому, что сегодня он интересен специалистам и ученым не только в Чувашии и России, но и за рубежом.

Дополнительным свидетельством этого является тот факт, что с этого номера состав Редакционного совета «Вестника психиатрии и психологии Чувашии» пополняется двумя новыми членами. Профессор Сергей Александрович Игумнов широко известен не только в Белоруссии, но и в России и других странах как неутомимый и талантливый психиатр, психотерапевт, психолог, исследователь, преподаватель, автор замечательных книг для профессионалов, а также инициативный общественный деятель и умелый организатор службы психического здоровья. Не менее интересен и другой член Редакционного совета, сотрудничество с которым нам представляется довольно плодотворным. Это – видный представитель современной австрийской психиатрической школы профессор Кристоф Штуппек – многолетний руководитель университетской клиники психиатрии и психотерапии Медицинского университета Парацельса в Зальцбурге, известной высоким уровнем подготовки будущих врачей и хорошим качеством медицинской помощи пациентам.

Данный номер журнала богат по своей тематике и количеству публикаций. Так, здесь подробно рассматриваются про-

блемы психического здоровья детей, связанные с гендерными особенностями и процессом школьной дезадаптации. Детальный анализ преморбидных характеристик больных алкогольными психозами приводит внимательного читателя к мысли о необходимости учета биопсихосоциальных факторов риска при выборе оптимальной терапевтической тактики. Расстройства пищевого поведения в сочетании с избыточной массой тела рассматриваются в рубрике актуальных проблем в связи с задачами профилактики и реабилитации.

Несколько неожиданным может показаться негативный взгляд будущих врачей на электросудорожную терапию, в то время как необходимость совершенствования психосоциальной реабилитации больных поздней шизофренией на основе учета клиничко-социальных характеристик структуры апатоабулического дефекта едва ли вызовет возражения.

Растущий интерес к психосемантическим методам исследования находит в этом номере свое отражение в работах, выполненных в психиатрической и соматической клиниках. Еще одно клиничко-психологическое исследование, проведенное в кардиологическом стационаре, сфокусировано на системе отношений пациентов. Представленные таким образом данные позволяют лучше понять малоосознаваемые значения и смыслы окружающей пациента действительности.

Не остались без внимания в пятом номере вопросы пенициарной психологии и профилактики эмоционального выгорания у медиков в психиатрии. Любители искусства в постоянной рубрике «Перекресток культур» могут познакомиться с оригинальным обзором о психическом здоровье импрессиониста Ван Гога, подготовленным на кафедре психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета, десятилетие которой отмечается в этом году.

---

## АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

### ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И ИХ ДИНАМИКА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Л.П. Великанова

*Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань*

По мнению многих исследователей, на формирование, структуру, динамику и исходы психогенных расстройств влияют многие конституционально-биологические факторы и в их числе – половая принадлежность. Пол определяет повышенный риск развития психогенных, связанных со стрессом, расстройств. Среди пациентов с невротической патологией преобладают лица женского пола, у них выше риск их рецидивирования и затяжного течения [1, 4, 5, 8].

Биологическая составляющая фактора пола обуславливает специфические психофизиологические характеристики эмоциональной сферы и эмоционального реагирования (повышенная эмоциональность женщин). Термин «гендер» подчеркивает тот факт, что биологические характеристики сексуальности преломляются через призму индивидуального сознания и представлений об особенностях полоролевых отношений и стилях поведения, предписываемых социумом и культурой [10, 11].

**Целью** настоящей работы явилось исследование гендерных особенностей эмоциональной сферы, эмоциональной реактивности и стрессоустойчивости в целом, как факторов риска развития состояний дизадаптации у младших школьников.

**Материалы и методы.** Для решения поставленных задач использовался массив клинических и психодиагностических

данных, полученных при сплошном невыборочном обследовании детей младшего школьного возраста – учащихся 1-4 классов в возрасте 7-10 лет. Использовались методики, адекватные возрасту: детский вариант теста Кэттелла, тест Филлипса, проективный тест Люшера, тест детской тревожности Амена. Психодиагностическое обследование школьников производилось неоднократно, в среднем  $2,46 \pm 1,1$  раза. Проанализирован 3041 результат. Математико-статистическая обработка осуществлялась методами описательной статистики (расчет среднего и стандартного отклонения), с помощью критерия Стьюдента и непараметрической статистики (критерий Манна-Уитни).

**Результаты и их обсуждение.** Анализ данных теста Люшера выявил большую неустойчивость адаптационных механизмов в младшем школьном возрасте у мальчиков (рис. 1; табл. 1). Об это свидетельствуют показатели ФОАН, ФТ, ФР и ВТ, которые подтверждают результаты исследований А.М. Прихожан [8]: для мальчиков в начальной школе характерен более высокий уровень тревожности по сравнению с девочками.

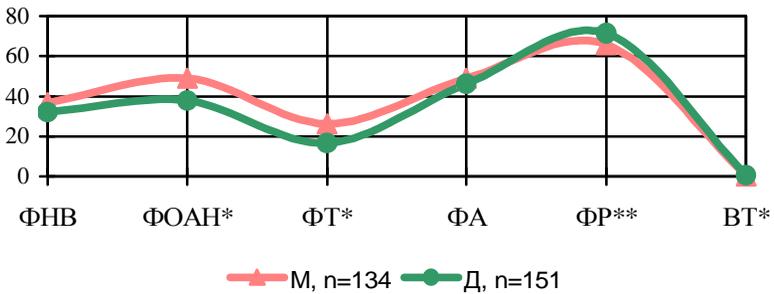


Рис. 1. График распределения показателей теста Люшера в зависимости от пола (начальная школа): ФНВ – фактор нестабильности выбора; ФОАН – фактор отклонения от аутогенной нормы; ФТ – фактор тревожности; ФА – фактор активности; ФР – фактор работоспособности; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,1$

Однако выявленные соотношения не были неизменными в данной возрастной группе. В возрасте 7-9 лет мальчики отличались более высокими показателями ФОАН и ФТ и более низкими – ФР и ВТ. К концу обучения в начальной школе (к 10-

летнему возрасту) менялись на противоположные: все показатели были выше у девочек (рис. 2-5).

Таблица 1

Сравнительные показатели факторов теста Люшера в зависимости от пола и года обучения у младших школьников (критерий Манна-Уитни)

Число обследованных		ФНВ	ФОАН	ФТ	ФА	ФР	ВТ
1 кл	М, n=47	44,0±21,3	53,9±19,9	29,9±23,3	46,6±16,4	60,4±22,2	0,2±0,8
	Д, n=37	42,1±24,9	39,2±17,4*	19,2±14,6**	48,2±13,2	69,9±20,3*	0,7±0,8*
2 кл	М, n=18	57,3±22,7	51,5±16,7	24,3±17,2	50,0±15,7	65,1±1,2	0,3±0,9
	Д, n=23	38,9±25,8*	39,5±16,8*	19,2±15,8	44,6±11,9	70,1±21,4	0,7±0,7*
3 кл	М, n=31	25,4±23,7	52,6±26,8	34,1±29,6	51,3±13,6	63,4±29,2	0,6±1,0
	Д, n=51	24,7±22,7	32,7±15,7*	12,6±15,8*	47,7±15,4	76,2±16,1	0,8±0,9
4 кл	М, n=38	26,9±21,4	37,9±18,3	16,3±16,1	48,7±14,2	74,9±18,3	0,4±0,9
	Д, n=40	28,6±20,4	42,7±11,1**	18,3±14,6	43,5±14,4**	67,5±17,5*	0,4±0,9

\* $p < 0,05$  – различия достоверны; \*\*  $p < 0,1$  – различия на уровне тенденций.

Согласно результатам исследований А.М. Прихожан [8], относящихся к периоду 1970-1997 гг., мальчики остаются.

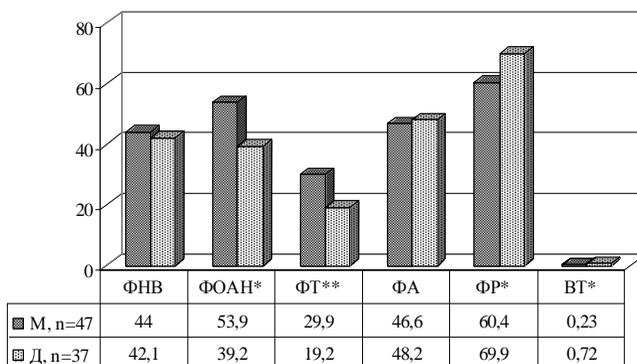


Рис. 2. График распределения показателей теста Люшера в зависимости от пола в 1 классе: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,1$  (критерий Манна-Уитни)

Выявленное несоответствие результатов наших исследований и предыдущих, представляется закономерным, принимая во внимание более чем 30-и летний интервал между проведенными

исследованиями и различия в социально-экономической ситуации и психологическом климате в стране в указанные периоды более тревожными на протяжении всего периода обучения в начальной школе.

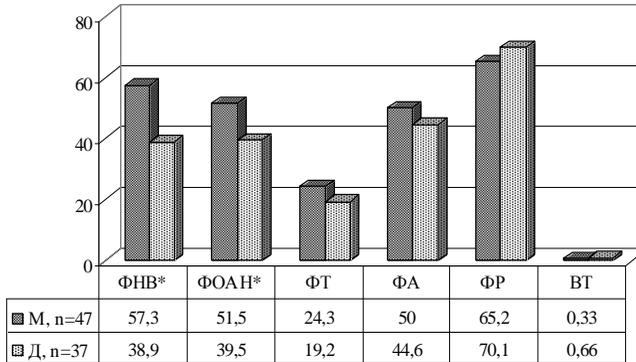


Рис. 3. График распределения показателей теста Люшера в зависимости от пола во 2 классе: \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,1$  (критерий Манна-Уитни).

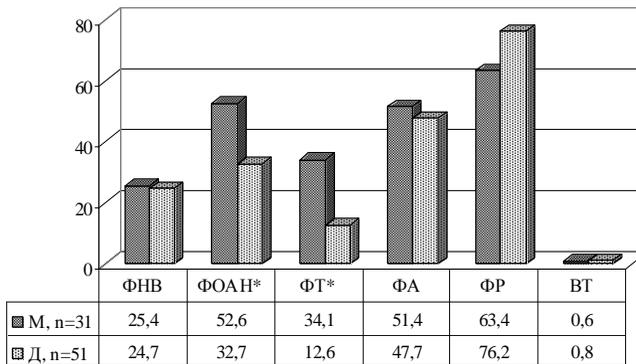


Рис. 4. График распределения показателей теста Люшера в зависимости от пола в третьем классе: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,1$  (критерий Манна-Уитни)

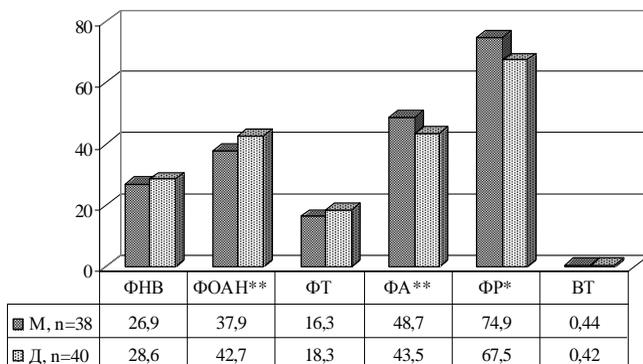


Рис. 5. График распределения показателей теста Люшера в зависимости от пола в четвертом классе: \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,1$  (критерий Манна–Уитни)

Показатели вегетативного тонуса у девочек всего массива обследованных были достоверно выше ( $p < 0,005$ ; критерий Манна–Уитни). Во всех классах у мальчиков в младшем школьном возрасте отмечалось преобладание парасимпатического тонуса, а у девочек – симпатического (во 2 классе – достоверно:  $t = 2,58 - 2,77$ ,  $0,005 < p < 0,01$ , при  $k = 40$ ) (рис. 6), что согласуется с литературными данными [9]. В целом ряд авторов подтверждает принцип доминирования трофотропных (парасимпатических) механизмов вегетативной адаптивной регуляции над эрготропными (симпато-адреналовыми) у детей дошкольного и младшего школьного возраста [2, 9].

Анализ источников стресса выявил, что наиболее актуальными для большинства детей младшего школьного возраста являлась потребность в социальной активности, эмоциональной вовлеченности, самостоятельности и самоутверждении. В первых трех классах источником стресса у мальчиков чаще других являлась нереализованная потребность в доверительных и искренних отношениях; у девочек – стремление к самоутверждению.

В 4 классе стремление к самоутверждению, независимости было достоверно более выраженным у девочек, а стремление к самореализации – у мальчиков ( $t = 2,95$ ;  $0,0025 < p < 0,005$  при  $k = 78$ ). Полученные данные позволяют предположить, что созда-

ние в процессе обучения условий для реализации фрустрированных потребностей с учетом гендерных особенностей могло бы позволить снизить индивидуальный уровень эмоционального напряжения и оказать, таким образом, психопрофилактическое воздействие. В этом контексте заслуживают внимания идеи о возобновлении раздельного обучения [4, 5].

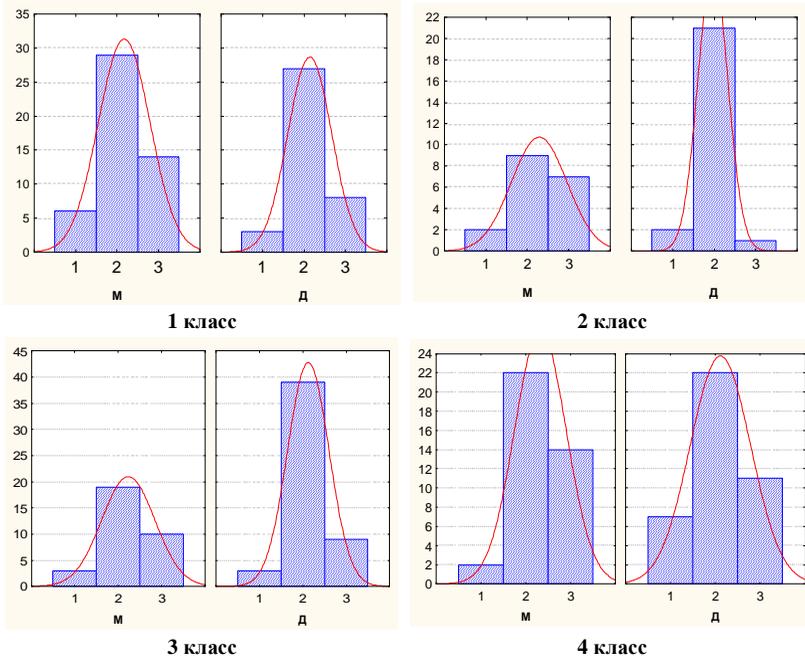


Рис. 6. Гистограммы распределения показателей вегетативного тонуса по полу в зависимости от года обучения (возраста): 1 – зйтония, 2 – симпатикотония, 3 – парасимпатикотония.

Проективный тест Амена выявил различия уровня тревожности по полу на уровне тенденций ( $p=0,108$ ; критерий Манна-Уитни). Его результаты подтверждали данные теста Люшера о большей тревожности мальчиков в младшем школьном возрасте и литературные данные [8].

У учащихся 2 класса (13 девочек и 19 мальчиков) было проведено пилотное обследование с помощью формализованных

методик: теста Филлипса на школьную тревожность и детского варианта теста Кэттелла. По данным теста Филлипса достоверных различий по полу выявлено не было, однако почти все показатели школьной тревожности у девочек были выше (табл. 2, рис. 7).

Таблица 2

Сравнительное распределение показателей школьной тревожности в зависимости от пола в младшем школьном возрасте

Пол	Фоб	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4	Ф5	Ф6	Ф7	Ф8
М n=19	0,39 ±0,11	0,40 ±0,16	0,30 ±0,17	0,38 ±0,1	0,52 ±0,24	0,68 ±0,23	0,49 ±0,27	0,25 ±0,20	0,44 ±0,15
Д n=13	0,44 ±0,15	0,48 ±0,19	0,30 ±0,19	0,38 ±0,13	0,58 ±0,28	0,72 ±0,28	0,46 ±0,19	0,34 ±0,21	0,46 ±0,16

При сопоставлении данных теста Люшера и Филлипса, может сложиться впечатление, что они взаимоисключающие. Однако следует учесть, что каждый из тестов имеет свою точку приложения и объект измерения. Проективный тест Люшера адресуется к биологической составляющей пола, а формализованный опросник Филлипса – к социально-культурной, собственно гендерной.

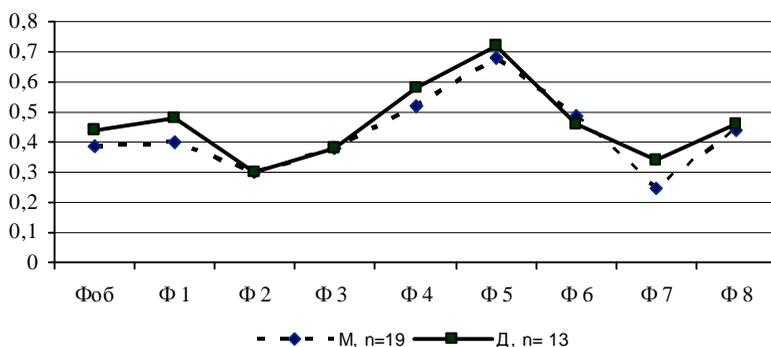


Рис. 7. Распределение показателей школьной тревожности в зависимости от пола в младшем школьном возрасте

График распределения показателей теста Кэттелла в зависимости от пола у младших школьников (рис. 8) показывает, что различия не были достоверными, но мальчики младшего школьного возраста отличались большей эмоциональной чувствитель-

ностью, зависимостью от окружения, потребностью в сопереживании (факторы А, I), неуверенностью, ранимостью (фактор С).

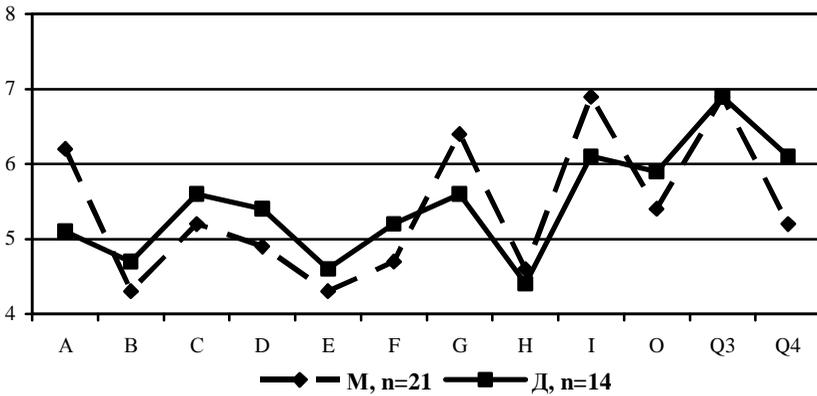


Рис. 8. График распределения факторов теста Кэттелла по полу у младших школьников

Перечисленные характеристики согласуются с данными проективных тестов Люшера и Амена. Девочек отличала более выраженная тревожность, озабоченность (фактор O) эмоциональная напряженность, фрустрированность (фактор Q4) – те качества, которые в более старшем возрасте (в подростковом и юношеском) становились стабильными и встраивались в структуру личности.

При сравнительном анализе распространенности клинических форм дизадаптации в младшем школьном возрасте также выявились различия в зависимости от пола (табл. 3). Учитывалась распространенность клинических форм дизадаптации – невротической и психосоматической (группы ННР и НПС), группа часто болеющих (ЧБ) и условно здоровых (УЗ).

В первых двух группах детей невротические расстройства (невротические реакции и состояния) характеризовались, в зависимости от доминирующего синдрома, астеническими, дистимическими, истерическими, обсессивными, фобическими и смешанными проявлениями. Психосоматические реакции или соматовегетативные дисфункции проявлялись во время или непосредственно после острых аффективных переживаний, либо перед неприятным или нежелательным событием (например, в

ожидании контрольной, при разлуке с матерью). Они включали энурез, энкопрез или задержку стула, нарушения аппетита (снижение), рвоту, боли в животе, нарушения стула, кожный зуд, кожные аллергические реакции, гипертермию, психогенный кашель и одышку, головные боли, головокружения, боли в области сердца, учащение эпизодов простудных заболеваний [1, 3]. Отмечалась преобладание той или иной реакции у разных детей и тенденция к повторению в психотравмирующей ситуации.

Третья группа (ЧБ) объединяла, тех, у кого на момент обследования было выявлено в анамнезе 6 и более эпизодов различных заболеваний в течение года, предшествующего обследованию (грипп, ОРВИ, простудные заболевания, операционные вмешательства). Эти дети были условно отнесены к разряду часто болеющих [6, 7].

Четвертая группа (УЗ) включала условно здоровых детей, у которых сведений о заболеваниях на момент обследования выявлено не было, либо констатировано от одного до 5 эпизодов в анамнезе (в основном детские инфекции в раннем возрасте, чаще всего – ветряная оспа, вираж туберкулиновой пробы, редкие простудные заболевания).

В младшем школьном возрасте девочки отличались преобладанием психосоматических форм дизадаптации (психосоматические реакции, состояния) и меньшим количеством условно здоровых (табл. 3).

Таблица 3

Распространенность клинических форм дизадаптации в зависимости от пола в младшем школьном возрасте, %

Показатель	ННР	НПС	ЧБ	УЗ
М, n=128	14,8	12,5	14,8	57,8
Д, n=145	15,2	22,8*	10,3	51,7
Значение t	0,08	-2,20	1,12	1,01

\* различия достоверны (критерий Стьюдента для долей процента)

Меньшая разбалансированность в эмоциональной сфере у девочек в младшем школьном возрасте, выявленная психодиагностически, обеспечивалась более выраженными механизмами соматизации аффектов, что на клиническом уровне выражалось в преобладании у них психосоматических расстройств.

Таким образом, в младшем школьном возрасте (так же как и в других возрастных группах) выявляется сопряженность характеристик эмоциональной сферы и половой принадлежности. Однако в отличие от более старшего возраста у младших школьников уровень тревожности и напряжение механизмов адаптации у мальчиков более выражены по сравнению с девочками (данные теста Люшера, Амена, Кэттелла). Но в процессе взросления и приближения к подростковому возрасту эти различия смещаются в сторону девочек. С нашей точки зрения, этот факт является подтверждением усиления роли процесса усвоения/присвоения социального опыта в формировании связанных с полом личностных особенностей. Подтверждением являются результаты теста на школьную тревожность, согласно которым все виды тревожности выше у девочек. Преобладание у девочек младшего школьного возраста психосоматических клинических форм дизадаптации свидетельствует о более выраженных у них механизмах соматизации аффектов. Следует отметить, что данный возрастной период во многих отношениях является критическим, переломным в становлении личностных особенностей (второй возрастной криз – по Сухаревой, Ковалеву). В особой степени это касается формирования эмоциональности (аффективный этап онтогенеза – по Ковалеву).

Полученные данные свидетельствуют о возрастании влияния внешней среды (социума, микросоциума) на процесс формирования индивидуума. Вследствие указанного этот возраст должен быть объектом особенно пристального внимания при проведении психопрофилактической работы.

### Литература

1. *Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб.: Речь, 2002. 560 с.
2. *Вейн А.М.* Проблемы и перспективы детской вегетологии // Актуал. вопр. кардиологии и вегетологии детского возраста. М., 1986. С. 73-76.
3. *Ефимов Ю.А.* Возможности диагностики донозологического этапа развития психосоматических заболеваний // 8-й Всесоюз. съезд невропатол., психиатр. и наркол. М., 1988. Т. 2. С. 193-195.
4. *Козловская Г.В.* Результаты эпидемиологического изучения детей с повышенным риском возникновения пограничных психических

- расстройств // 4-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр. М., 1980. Т. 1. С. 208-211.
5. *Костикова И.В.* Основы гендерной педагогики: программа спецкурса. М.: МГУ, 2001. 18 с.
  6. *Клинико-физиологические* особенности часто болеющих детей / Михайлова Н.В. [и др.] // Материалы 5-го конгр. «Здоровый ребенок». М., 1999. С. 296.
  7. *Покровский Д.Г., Негодина Ю.В.* Клинико-иммунологические корреляты у часто и длительно болеющих детей с эмоционально-поведенческими расстройствами // Материалы 14-го съезда психиатров России. М., 2005. С. 216.
  8. *Прихожан А.М.* Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.; Воронеж, 2000. 304 с.
  9. *Шарапов А.Н.* URL: [http://www.pomorsu.ru/elibrary/pedagog/conf5\\_2000/R46.html#R4sharapov](http://www.pomorsu.ru/elibrary/pedagog/conf5_2000/R46.html#R4sharapov).
  10. *Bem S.L.* Gender schema theory and its implications for child development // J. for Women in Culture and Society. 1983. Vol. 8, № 4. P. 598-615.
  11. *Stoller R.J.* Sex and Gender. N.Y.: Science House, 1968.

**РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ  
ПРИ ОЖИРЕНИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ,  
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ,  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ)**

**О.И. Салмина-Хвостова**

*Новокузнецкий государственный институт  
усовершенствования врачей, Новокузнецк*

«Расстройства приёма пищи» (РПП) (F50) отнесены в МКБ-10 к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами, и в ряде отечественных публикаций обозначаются как «нарушения пищевого поведения» [2, 16, 18, 20]. Различают эмоциогенное, ограничительное и экстернальное пищевое поведение (ПП), свойственное пищевым аддиктам [4, 13, 22]. По данным литературных источников [6, 9, 12-14, 19], у пациентов с ожирением эмоциогенный тип нарушения ПП отмечается с частотой от 14,7 до 60%; 40% больных ожирением активных жалоб на переедание не предъявляют [3].

В мире каждый четвертый житель нашей планеты имеет избыточную массу тела или страдает ожирением, а по прогнозам эпидемиологов, к 2025 г. от ожирения будут страдать 40% мужчин и 50% женщин, так как численность людей, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается каждые 10 лет примерно на 10% [1, 2, 5, 7, 10, 11, 15]. При составлении терапевтических программ необходимо учитывать типологию нарушений ПП, эмоционально-личностных и психовегетативных расстройств таких пациентов [8, 17].

**Цель исследования:** изучить распространённость, типологию расстройств ПП, ассоциированных с избыточной массой тела и ожирением среди различных по полу, возрасту и профессиональной принадлежности групп населения, разработать программы превенции и реабилитации.

**Материалы и методы исследования.** Данная работа явилась частью комплексного исследования, посвященного диагностике, превенции, реабилитации пациентов при расстройствах пищевого поведения с избыточной массой тела и ожирением и

входит в план научно-исследовательской работы ГОУ ДПО «Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей Росздрава».

Сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование было проведено в г. Новокузнецке на организованных популяциях лиц, занятых тяжелым физическим трудом (металлурги – 1036 чел.; шахтеры – 623); лиц, занятых умственным трудом (медицинские работники, учителя – 825 чел.); студентов – 399 чел.; пациентов эндокринологического отделения №2 МЛПУ «ГКБ №1» г. Новокузнецка – 1003, находившихся на лечении в 2004-2005 гг. Безвыборочное скрининг-исследование предусматривало изучение особенностей ПП обследованных, распространенность различных типов ПП и их взаимосвязь с избыточной массой тела и ожирением.

Оценка психического состояния осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 с использованием клинико-психопатологического метода и оценочных шкал. В исследование были включены пациенты с пищевой аддикцией по МКБ-10 (F50 – Расстройства приёма пищи) – по совокупности общих клинических признаков, необходимых для диагностики нарушений ПП, приведших к формированию экзогенно-конституционального (первичного, алиментарно-конституционального) ожирения (E66 – ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов; F50.4 – переедание, связанное с другими психологическими расстройствами, психогенное переедание). Исключались из исследования пациенты с диагнозами «нервная булимия» (F50.2) и «нервная анорексия» (F50.0).

В исследовании использовались эпидемиологический, клинико-психопатологический, статистический методы.

Для оценки выявления нарушений ПП использовалась «Анкета по изучению питания и особенностей пищевого поведения» (Колтун В.З., 2002) и датская анкета пищевого поведения DEBQ для оценки ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (Van Strien T., 1986) [21].

Для постановки диагноза ожирение определялся индекс массы тела (ИМТ) по формуле ВОЗ (1997).

В соответствии с задачами исследования был разработан диагностический компьютерный вариант анкет и шкал, который способствовал эффективному обследованию большого количества лиц за короткий промежуток времени, с автоматическим подсчётом баллов.

При обработке всего массива данных применялись следующие статистические методы: для сравнения частоты встречаемости градаций диагностических признаков (достоверность различий) использовался *t*-критерий Стьюдента, из абсолютных (количественных) показателей при нормальной репрезентативной выборке использовались средняя, ошибка средней, корреляции и относительные (качественные) –  $\chi^2$ , метод сравнения долей.

**Результаты исследования.** В результате клинико-эпидемиологического исследования, проведённого в различных организованных группах населения (лица умственного труда – 825 чел., лица тяжелого физического труда – 1659, студенты – 399, пациенты эндокринологического отделения – 1003) и предусматривающего оценку особенностей пищевого поведения, ассоциированных с избыточной массой тела и ожирением, были выявлены определённые закономерности.

У женщин, занятых умственным трудом, преобладал эмоциогенный тип ПП (43,9 %) в возрасте от 30-39 лет. Доля экстернального типа ПП составила 22,5% в возрастной группе 50-59 лет, а рациональный тип ПП – 35,0 % у лиц умственного труда до 20 лет.

В группе мужчин, занятых умственным трудом (95; 13,0%), было выявлено преобладание пациентов старше 40 лет (54,7%,  $p < 0,05$ ). При экстернальном типе ПП наблюдалась тенденция к превалированию лиц моложе 20 лет (26,3%) относительно остальных мужчин умственного труда. Эмоциогенный тип ПП был более характерен для 20-30-летних мужчин (45,5%). Ограничительный тип пищевого поведения чаще всего встречался в группе мужчин в возрасте от 40 до 50 лет (15,8%), рациональный – у мужчин, занятых умственным трудом, в возрасте от 30 до 40 лет (46,2%).

В группе женщин, занятых умственным трудом (730; 87,0 %), было определено преобладание пациентов старше 40 лет

(60,6 %,  $p < 0,05$ ). При экстермальном типе ПП наблюдалась тенденция к превалированию женщин от 40 до 60 лет (68,3%) относительно остальных лиц умственного труда. Эмоциогенный тип ПП был более характерен для женщин до 20 лет (41,5%) и в возрасте 30-39 лет (44,4%), ограничительный тип ПП в возрастной группе от 20 до 30 лет (22,3%) и в группе женщин старше 50 лет (19,8%), рациональный тип пищевого поведения был отмечен у женщин не старше 20 лет (34,2%).

У мужчин, занятых физическим трудом (1211; 73,0%), было выявлено преобладание возрастной группы от 20 до 50 лет (84,6%,  $p < 0,01$ ), при экстермальном типе ПП наблюдалась тенденция к превалированию мужчин старше 50 лет (58,5%) и от 20 до 30 лет (54,7%). Эмоциогенный тип ПП был более характерен для среднего возраста от 30 до 40 лет (19,8%). Ограничительный тип пищевого поведения был выявлен в возрастной группе от 20 до 30 лет (3,4%), рациональный тип ПП – у мужчин, занятых физическим трудом, в возрасте до 20 лет (27,3%). Смешанный тип ПП был выявлен у 40-50-летних мужчин в 13,5% случаев (смешанный тип расстройства ПП был представлен случаями, когда максимальных значений при заполнении опросника DEBQ достигали экстеральный и эмоциогенный типы ПП).

В результате исследования было показано, что расстройства ПП у пациентов эндокринологического отделения статистически значимо отличаются по полу ( $p = 0,0001$ ). Так, экстеральный и смешанный типы ПП преобладали у мужчин (44,8 и 27,0%), у женщин этот показатель меньше (21,8 и 22,2%). Эмоциогенный и рациональный типы ПП отличались большей частотой в группе женщин (37,7 и 8,8%) по сравнению с мужчинами. Ограничительный тип ПП (9,5%) был отмечен только среди женщин, проходивших лечение в эндокринологическом отделении. Экстеральный тип ПП преобладал у женщин старше 30 лет, а эмоциогенный – у 30-50-летних.

Среди госпитализированных в эндокринологическое отделение мужчин преобладали пациенты в возрасте до 30 лет (70,2%,  $p < 0,05$ ); экстеральный тип ПП был характерен для пациентов моложе 30 лет (17,6%), эмоциогенный – в возрасте от 20 до 40 лет (64,4%), рациональный тип пищевого поведения

реже всего отмечался в возрастной группе от 30 до 50 лет (17,1%), смешанный тип ПП реже определялся в группах до 20 лет и 40-49 лет (29,3 и 33,3 % соответственно).

Для студентов был характерен экстернальный тип ПП, выявленный у 63,0% девушек и 61,7% юношей. Эмоциогенный тип ПП был определён соответственно в 4,1 и в 5,6% случаев, смешанный тип ПП – в 32,9 и 32,8% соответственно. Рациональный тип ПП у студентов не встречался, что обращает на себя внимание в плане обучения принципам рационального питания. Необходима разработка превентивных программ для молодежи с целью предотвращения развития пищевой аддикции, избыточной массы тела и ожирения, связанных с ними коморбидных психопатологических расстройств.

*Расстройства ПП как фактор формирования избыточной массы тела и развития экзогенно-конституционального ожирения.* Было определено, что у мужчин, занятых умственным трудом, экстернальный тип ПП связан с избыточной массой тела (21,9%;  $p \leq 0,5$ ) и ожирением первой степени (20,0%;  $p \leq 0,5$ ). При эмоциогенном типе ПП чаще встречались мужчины с крайней степенью ожирения – второй (50,0%) и третьей (100,0%) и избыточной массой тела (43,8%). Ограничительный тип ПП был характерен для мужчин с избыточной массой тела (12,5%), ожирением первой (10,0%) и второй степени (16,7%). Рациональный тип ПП пытались соблюдать половина мужчин с ожирением первой степени.

Были выявлены статистически значимые различия между типом ПП и значением индекса Кетле у женщин умственного труда ( $p=0,005$ ). Экстернальный тип ПП был связан с ожирением третьей и первой степени (26,7 и 23,0%). Эмоциогенный тип ПП чаще отмечался у женщин с избыточной массой тела (38,7%) и первой степенью ожирения (37,2%). Ограничительный тип ПП у женщин повторял статистические закономерности, характерные для эмоциогенного типа ПП – 22,7 и 19,5% соответственно. В 26,5% случаев женщины с ожирением второй степени придерживались рационального типа пищевого поведения.

Было выявлено статистически значимое различие между типом ПП и значением индекса Кетле у лиц, занятых тяжелым

физическим трудом ( $p < 0,001$ ). В общей группе 1659 обследованных у 55,0% больных имели место избыточная масса тела и ожирение первой степени, при этом у половины обнаруживали экстернальный тип ПП. Среди 330 лиц с эмоциогенным типом ПП первая и вторая степень ожирения встречалась в 27,2 и 40,0% случаев соответственно. Ограничительного типа ПП пытались придерживаться 2,2% мужчин с избыточной массой тела и 1,3% с ожирением первой степени. Смешанный тип ПП значимо преобладал у мужчин с избыточной массой тела (18,9%) и ожирением первой степени (5,4%).

Статистически значимые различия были выявлены между типом ПП и значением индекса Кетле у пациентов мужского пола, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ( $p = 0,0001$ ). Экстернальный тип ПП достоверно коррелировал с ожирением первой степени (55,5%), избыточной массой тела (в 44,8% случаев), с ожирением второй и третьей степени тяжести (40,0 и 10,3% случаев соответственно). В 54,6% случаев пациенты со второй степенью ожирения и 69,0% – с третьей степенью обнаруживали эмоциогенный тип ПП. Смешанный тип ПП значимо превалировал у мужчин с избыточной массой тела и начальной (первой) степенью ожирения. Экстернальный тип ПП студентов связан с ожирением первой степени и представлен в 3,8% случаев.

Нами разработаны программы превенции и реабилитации пациентов с экзогенно-конституциональным ожирением с учётом различной динамики расстройств ПП. Программы отличаются между собой объёмом психотерапевтических и психофармакологических мероприятий, которые направлены на личностный рост, повышение самооценки, укрепление мотивации к лечению, нормализации и поддержанию рационального ПП.

*Первая программа лечения расстройств ПП при избыточной массе тела.* В комплексном лечении пациентов с избыточной и нормальной массой тела при расстройствах ПП применялись рациональная психотерапия, суггестивная, косвенная, холоколонная (воздействие цветом) терапия; поведенческая психотерапия с формированием аверсии на продукт, вызывающий чрезмерный аппетит, путём визуализации этого продукта и вы-

зывающих отвращение объектов; тренинг психологической устойчивости совместно с людьми, окружающими пациента в семье; индивидуальную программу диетического питания.

Использование механизмов воздействия цвета через зрительные анализаторы на психофизиологическое состояние организма позволяло повысить мотивацию к лечению. Тренинг психологической устойчивости совместно с людьми, окружающими пациента в семье, способствовал изменению пищевых привычек всех членов семьи на рациональное ПП.

*Вторая программа комплексного лечения пациентов с ожирением при эмоциогенном типе ПП.* В комплексном лечении пациентов с эмоциогенным типом ПП использовались рациональная психотерапия (с заключением психотерапевтического контракта), нейролингвистическое программирование для формирования мотивации лечения и определённая диетпрограмма.

Предлагаемый алгоритм лечения базировался на привлечении творческих способностей человека, используя которые он мог бы с помощью психотерапевта, а в дальнейшем сам моделировать свое ПП. Взаимодействие с «частью личности, ответственной за ПП пациента», являлось работой с подсознанием, ориентированной на поиск возможных причин, приведших к избыточной массе, и трансформацию поведенческих стереотипов. Диетологический аспект обеспечивал знания о том, как определить нормальную массу (по индексу массы тела); на сколько килограмм и за какое время рекомендуется снизить массу тела; в каком диапазоне возможны для данного индивидуума колебания массы тела без увеличения риска нарушения здоровья; оценку калорийности и пищевой ценности необходимого набора продуктов и блюд (с учетом индивидуальных предпочтений), которые следовало использовать в соответствии с рекомендуемой схемой диетотерапии. Пациент обучался ведению пищевого дневника.

Соединение диетологических и психологических аспектов в лечении ожирения с учетом типа нарушения ПП позволяло выработать индифферентное, безразличное и спокойное отношение к пище при стрессе и достигнуть стойкого снижения массы тела на длительный период.

Пациентам назначали флуоксетин в дозе 20-40 мг, однократно в первой половине дня в течение 3 месяцев, что облегчало выработку новых пищевых навыков, способствовало редукции психопатологической симптоматики и снижению массы тела за счет ускорения насыщаемости и повышения физической активности.

*Третья дифференцированная программа лечения пациентов с ожирением при экстернальном типе ПП.* В комплексном лечении пациентов с экстернальным типом ПП были предусмотрены рациональная психотерапия (с заключением психотерапевтического контракта), формирование положительной мотивации на достижение конечной цели при лечении, косвенные внушения (с учётом репрезентативной системы), суггестивная психотерапия, диетпрограмма.

Использование при проведении психотерапии косвенных внушений, составленных с учётом выявленной основной репрезентативной системы восприятия информации, позволяло повысить эффективность воздействия и увеличить продолжительность полученного положительного результата.

Флуоксетин назначали в дозе 20-40 мг, однократно в первой половине дня в течение 3 месяцев.

Пищевые ограничения пациента рекомендовались обязательно и для других членов семьи, что позволяло корректировать экстернальное ПП, избегать ненужной напряжённости в семье и делать близких не пассивными наблюдателями, а единомышленниками и активными участниками процесса снижения массы тела пациента. Предлагаемый способ лечения ожирения при экстернальном типе нарушения ПП позволял достичь снижения массы тела за намеченное время и сохранить достигнутый результат в течение длительного периода.

*Четвертая программа профилактики расстройств ПП у студентов методом психологического тренинга с обучением стресспреодолевающему поведению.* По данным клинико-эпидемиологического обследования, в группе студентов в 62,7% случаев наблюдался экстернальный тип ПП, в то время как рациональный тип ПП отсутствовал.

Наиболее перспективным является превентивное направление, ориентированное на предупреждение причин, снижение факторов риска расстройств ПП, формирование здорового образа жизни и развитие личности. Эффективный подход в профилактике расстройств ПП основывается на концепции стресспреодолевающего поведения. Обучение стресспреодолевающему поведению целесообразно проводить в тренинговой группе, которая является естественной формой преодоления эмоциональных затруднений, профессиональной и социальной адаптации. Предлагаемая программа превенции нарушений ПП была ориентирована на лиц юношеского возраста и проводилась на первом курсе в начале учебного года. Предварительная направленная беседа о распространенности различных видов аддиктивного поведения и стресса среди студенческой молодежи, о значении формирования копинг-поведения для их профилактики проводилась врачом-психотерапевтом с учетом различных репрезентативных систем восприятия информации. Дальнейшая работа осуществлялась в группах, сформированных в зависимости от ведущей репрезентативной системы восприятия участников.

Работа со студентами проходила в три этапа по 10 часов. Тренинг психологической устойчивости сопровождался музыкальным оформлением и видеосъемкой с последующим просмотром и обсуждением. Цель - усиление мотивации к здоровому образу жизни; развитие внутреннего ресурса самоконтроля и устойчивости к стрессорному фактору без «заедания» высококалорийными продуктами, соответственно достижение возможности ответственно управлять своими чувствами, свободы самовыражения, уверенности в своих силах, умения брать ответственность на себя. По завершении тренинга участники получали красочно оформленную информацию о рациональном питании («Пирамида здорового питания»).

**Заключение.** В регионе Сибири впервые проведен сравнительный анализ распространенности РПП в различных социальных группах населения: у металлургов, шахтёров, медицинских работников, учителей, студентов. Нарушения ПП с преобладанием экстернального типа нарушения ПП выявлены у 84,9% лиц, работающих в условиях крупного промышленного пред-

приятия, наиболее выражены в группе мужчин и ассоциированы в половине случаев с избыточной массой тела и ожирением первой степени. В группе лиц, занятых умственным трудом, в 72,6% случаев выявлены нарушения ПП с преобладанием эмоциогенного типа. Показано отсутствие статистически значимых различий между группами лиц с различным характером труда по частоте избыточной массы тела и ожирения (55,0 и 47,5 %). Выявлено отсутствие в группе лиц юношеского возраста (студентов) рационального типа ПП при высоком удельном весе (62,4%) экстернального типа ПП, сопряженного в 3,8 % с ожирением первой степени.

Успешное лечение ожирения возможно только при эффективном сотрудничестве пациента и врача, владеющего современными принципами комплексного ведения данных пациентов с учётом их индивидуальных особенностей и типа пищевого поведения.

#### Литература

1. *Балкаров И.* Ожирение: терапевтические аспекты проблемы // *Врач.* 2004. №9. С.6-10.
2. *Бессен Д.Г., Кушнер Р.М.* Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение. М.: БИНОМ, 2004. 240 с.
3. *Вознесенская Т.Г.* Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция // *Ожирение; под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко.* М.: Мед. информ. агентство, 2004. Гл. 9. С. 234-271.
4. *Егорова А.Ю.* К вопросу о феноменологии пищевых аддикций // *Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции (соматические и наркопсихиатрические аспекты): материалы 2-го междисциплинар. конгресса с междунар. участием (24-25 апреля 2008 г.).* СПб., 2008. 203 с.
5. *Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н.* Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство. Новосибирск: изд-во НГПУ, 2007. 472 с.
6. *Красноперова Н.Ю.* Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2001. 23 с.
7. *Крылов В.И., Лаптева Е.Н.* Нарушения пищевого поведения психосоматической природы в общей медицинской практике // *Клин. мед.* 1997. №3. С. 44-46.

8. *Малкина-Пых И.Г.* Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007. 1040 с.
9. *Марков А.А.* Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006. 23 с.
10. *Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты;* под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Мед. информ. агентство, 2004. 456 с.
11. *Ожирение (клинические очерки);* под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. СПб.: Диалект, 2007. 240 с.
12. *Рынза О.П.* Гигиеническая оценка стереотипов пищевого поведения у лиц молодого возраста, проживающих на территории с экологическим неблагополучием: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2006. 23 с.
13. *Семке В.Я.* Психическое здоровье женщин: проблемы и решения // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 1999. №1. С. 7-10.
14. *Старостина Е.Г., Древаль А.В.* Проблема ожирения глазами потенциального пациента // Актуал. проблемы совр. эндокринологии: материалы 4-го Всерос. конгресса эндокринол. СПб., 2001. С. 686.
15. *Фишман М.Б., Седов В.М.* Ожирение и здоровье женщин Северо-Западного региона // Журн. акушерства и женских болезней. 2007. №4. С. 3-9.
16. *Чуркин А.А., А.Н. Мартюшов.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 1999. 232 с.
17. *Чухрова М.Г.* Нарушения пищевого поведения и психологические расстройства у женщин при избыточной массе тела // Психосомат. мед.: материалы 1-го Междунар. конгресса. СПб.: изд-во ООО «Медлай-Медиа», 2006. 244 с.
18. *Patients with generalized anxiety disorder and a history of trauma: somatic symptom endorsement / O. Brawman-Mintzer [et al.] // J. Psychiatr. Pract. 2005. Vol. 11, N 3. P. 212-215.*
19. *Hilbert A., Tuschen-Caffier B.* Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa // Int. J. Eat. Disord. 2007. Vol. 40, N 6. P. 521-530.
20. *Negative mood induction and unbalanced nutrition style as possible triggers in binge eating disorder (BED) / S. Munsch [et al.] // Eat. Weight Disord. 2008. Vol. 13, N 1. – P. 22-29.*
21. *Van Strein T., Frijters J, Bergere G. et al.* The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained emotional and external eating behavior // Int. J. Eat. Disord. 1986. Vol. 5, N 2. P. 295-315.
22. *Eating Disorders/ J. Yager [et al.] // Focus. 2005. Vol. 3. P. 503-510.*

## **БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ**

**И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев**

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск*

В настоящее время большинством авторов алкогольная зависимость рассматривается как биопсихосоциальная модель заболевания [2, 6, 12, 19, 20 и др.]. Если биопсихосоциальным особенностям больных алкоголизмом посвящено большое количество литературы, то преморбидным особенностям больных с алкогольными психозами посвящено не так много работ. Так, И.Г. Ураков [16] и О.Е. Фрейеров [17], пишут, что раннему наступлению не только основных проявлений алкоголизма, но и алкогольных психозов способствует психопатические черты характера.

Н.А. Корнетов с соавт. [10] отмечает, что на клинические варианты алкогольного делирия влияют даже конституциональные особенности больных. Алкогольный делирий со слуховыми галлюцинациями преобладал у больных с астенической конституцией, простой и психомоторный типы наблюдались при пикническом телосложении, а белая горячка с параноидным компонентом – при нормостеническом соматотипе.

В работах Н.Н. Иванца и М.А. Винниковой [7] подчеркивается, что среди преморбидных predispositional особенностей у больных алкогольными психозами наибольшее значение имеют последствия черепно-мозговых травм, хронические соматические заболевания, а также наследственная отягощенность, с которой может быть связано несовершенство механизмов гомеостаза.

В работе В.Т. Лекомцева с соавт. [11] показано, что причиной возникновения таковых, как правило, является энцефалопатия сложного генеза (травматического, алкогольного, сосудистого).

Таким образом, неразработанность влияния биопсихосоциальных факторов на развитие и прогноз алкогольных психозов определяет медико-социальную актуальность данного исследования.

**Целью** настоящего исследования было изучение биопсихосоциальных факторов риска у больных алкогольными психозами, а также влияние этих особенностей на течение и клинические особенности заболевания.

**Материал и методы исследования.** Нами был проведен анализ биологических особенностей личности больных алкогольными психозами, проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Ижевска за период 2004-2007 гг. Всего было обследовано 211 больных, в том числе 175 мужчин и 36 женщин. В число обследованных вошли пациенты в возрасте от 17 до 72 лет (средний возраст –  $42,3 \pm 1,8$  года). Длительность алкоголизма у обследованных больных была от 3 до 39 лет (в среднем –  $11,7 \pm 2,4$  года).

В качестве основного инструмента исследования использовалась «Карта больных алкогольными психозами», основанная на классификации алкоголизма и алкогольных психозов Н.Н. Иванца [7], включающая в себя социодемографические сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов, клинического и сопутствующего соматоневрологического диагноза (по критериям МКБ-10).

Заполнение карты проводилось на основании личного клинического обследования пациентов, сведений, полученных от их родственников, а также данных медицинской документации – с соблюдением принципов биомедицинской этики, т.е. с обязательным информированным согласием больных.

Основным методом исследования явился клинкопсихопатологический. Были проанализированы такие особенности больных, как наследственная отягощенность, особенности протекания беременности, родов и раннего развития, перенесенные заболевания, тип воспитания и характерологические особенности. Диагностика личности проводилась на основании краткого характерологического опросника М.Е. Бурно [4].

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась в программе SPSS для Windows 11.5, а также для Microsoft Excel 2005. Различия средних значений, а также корреляционные связи признавались достоверными при уровне

значимости  $p < 0,05$ . Репрезентативность научного материала была обеспечена его объемом и безвыборочностью.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Психопатологически отягощенную наследственность имели 147 (69,7%) больных (табл. 1), что совпадает с данными В.Д. Москаленко [13], в работе которого убедительно показано, что около 70% больных алкоголизмом имеют страдающих алкоголизмом ближайших родственников.

Таблица 1  
Распределение больных алкогольными психозами по наследственной отягощенности

Наследственная отягощенность	n=211	%
Отец (мать) страдает алкоголизмом	54	25,6
Оба родителя страдают алкоголизмом	7	3,3
Родственники больны алкоголизмом	35	16,6
Отец (мать) и родственники больны алкоголизмом	29	13,7
Суициды среди родственников	9	4,3
Отягощенность по психическим заболеваниям	3	1,4
Оба родителя и родственники больны алкоголизмом	5	2,4
Наркомании среди родственников	5	2,4
Не отягощена	64	30,3

Среди них у 54 (25,6%) больных алкоголизмом страдали отец или мать, у 35 (16,6%) были больны алкоголизмом близкие родственники, у 29 (13,7%) больных зависимость от алкоголя имели одновременно отец или мать и близкие родственники. Оба родителя страдали алкоголизмом у 7 (3,3%), одновременно оба родителя и родственники страдали алкогольной зависимостью у 5 (2,4%) больных.

Важным в клинической наркологии является утверждение, что у больных с отягощенной наследственностью алкоголизмом ближайших родственников более часто наблюдались структурно-сложные, атипичные формы алкогольных психозов, протекающих с онирическими расстройствами, психическими автоматизмами, профессиональным и мусситирующим делирием ( $r=0,49$ ).

Выявлена корреляция умеренной связи между наследственной отягощенностью по алкоголизму и госпитализацией по счету ( $r=0,37$ ). Заболевание у этой группы больных характеризова-

лось высоким темпом прогрессивности. Длительность ремиссий между психотическими состояниями зачастую не превышала 6 месяцев ( $r=0,46$ ).

У всех больных с затяжными алкогольными психозами имела наследственная отягощенность по алкоголизму и у родителей, и у близких родственников ( $r=0,51$ ).

Наследственная отягощенность по алкоголизму среди ближайших родственников у больных женского пола была достоверно выше, чем среди родственников больных мужского пола ( $p<0,05$ ), что подтверждено в работах В.Б. Альтшулера [2].

Суициды среди родственников были у 9 (4,3%) пациентов, причем, как правило, суициденты также злоупотребляли спиртным. Наследственность по наркоманиям была отягощена у 5 (2,4%) больных. У одного больного зависимостью от опиоидов страдал родной брат, у других – дальние родственники.

Отягощенность по психическим заболеваниям наблюдалась у 3 (1,4%) больных. У двух пациентов родственники страдали сосудистыми психозами позднего возраста, у одного мать страдала шизофренией.

Следует отметить то, что у больных с наследственной отягощенностью гораздо раньше в структуре алкоголизма появлялись измененные формы потребления ( $r=0,41$ ), что тоже говорит в пользу высокопрогрессивного течения заболевания у данной категории больных.

Наследственность была не отягощена лишь у 64 (30,3%), и у этой группы больных проявления социальной дезадаптации были выражены в меньшей степени ( $r= -0,38$ ).

Объективная информация о патологии беременности и родов женщин с алкогольными психозами зачастую отсутствовала; по всей видимости, наличие данной патологии было гораздо выше (табл. 2). Как видно в табл. 2, что более чем у четверти больных (27,0%) имела место либо патология беременности (8,5%), либо родов (5,7%), либо раннего развития (6,2%), либо того и другого вместе (6,6%).

Патология беременности проявлялась гестозом I или II половины, беременность протекала на фоне пиелонефрита, урогенитальных инфекций, хронической алкогольной интоксикации.

Патологически протекающие роды характеризовались обвитием пуповины, асфиксией в родах, родовой травмой, низкой оценкой по шкале Апгар.

В раннем развитии у детей таких больных женщин наблюдалось отставание: они позже начинали сидеть, ходить, говорить, отставали в психомоторном развитии либо, что наблюдалось исключительно у родителей-потаторов, одновременно была патология беременности, родов и раннего развития. У таких больных наблюдались те или иные признаки дисэмбриогенеза.

Таблица 2

Распределение больных алкогольными психозами по течению беременности, родов, раннего развития

Особенности течения беременности, родов и раннего развития	n=211	%
Без особенностей	111	52,6
Нет сведений	43	20,4
Патология беременности	18	8,5
Патология родов	12	5,7
Патология раннего развития	13	6,2
Патология беременности, родов и раннего развития	14	6,6

Как уже отмечалось, преморбидные особенности больных алкоголизмом и алкогольными психозами нередко сопровождаются резидуально-органическим поражением ЦНС. Так, среди всех больных 82 (38,9%) перенесли в прошлом черепно-мозговые травмы различной степени тяжести. Причем у 51 человека из них травмы головы были неоднократными, часто с потерей сознания, сотрясением или ушибом головного мозга, после чего больные находились на лечении в нейрохирургическом отделении (табл. 3).

Известно, что у больных, перенесших вирусные гепатиты, течение алкоголизма нередко утяжеляется [2, 6] – таких больных было 28 (13,3%). Из них у 8 в анамнезе было злоупотребление опиоидами и первитином, у 4 – героиновая зависимость. Перенесли гепатит А из этой группы – 15, гепатит В – 2, гепатит С – 6 и одновременно гепатит В и С – 5 пациентов.

Хронические соматические и (или) неврологические заболевания, не связанные с алкоголизацией, имелись у 23 (10,9%) больных алкогольными психозами. Больные страдали данными

расстройствами, как правило, с детско-подросткового возраста. Это были такие заболевания, как хронический гастроуденит, пиелонефрит, бронхиальная астма, порок митрального клапана, хронический бронхит, хронический тонзиллит, гайморит и другие расстройства.

Таблица 3

Распределение больных алкогольными психозами по перенесенным заболеваниям

Перенесенные заболевания	n=211	%
Черепно-мозговые травмы	82	38,9
Психические расстройства (неалкогольного генеза)	3	1,4
Зависимость от наркотиков	4	1,9
Нейроинфекции	6	2,8
Вирусные гепатиты	28	13,3
Хронические соматические и (или) неврологические заболевания не связанные с алкоголизацией	23	10,9
Болея только простудными заболеваниями	57	27,0
ЧМТ, гепатит, злоупотребление наркотиками	8	3,8

Нейроинфекции (серозный менингит и клещевой менингоэнцефалит) перенесли 6 (2,8%) больных, причем двое больных, перенесших клещевой энцефалит находились, с их слов, в критическом состоянии, пребывали в реанимационном отделении. Эти больные также обнаруживали проявления церебрастенического синдрома.

Наркотическую зависимость была у 4 (1,9%), все они ранее злоупотребляли героином, имея, с их слов, стаж от нескольких месяцев до четырех лет. У двоих (курировавшихся без обращения за медицинской помощью) имели место передозировки.

Психические расстройства неалкогольного генеза наблюдались у 3 (1,4%) пациентов. Все они проходили военно-психиатрическую экспертизу в психиатрической больнице г. Ижевска. В двух случаях выставлен диагноз: «психопатия» и одном – «легкая умственная отсталость».

У 8 (3,8%) больных в анамнезе были одновременно черепно-мозговые травмы, гепатит и злоупотребление наркотическими веществами. Еще в подростковом возрасте эта категория больных злоупотребляла летучими ингалянтами, холинолитиками, тареном, позже – психостимуляторами и опиоидами. Дебют

алкогольного психоза зачастую возникал спустя 3-5 лет после формирования основных симптомов алкогольной зависимости.

И, наконец, практически ничем, кроме простудных заболеваний, не болели 57 (27,0%) больных.

Как известно, в формировании зависимостей от психоактивных веществ немаловажное значение имеют неправильные типы воспитания [12]. Гармоничный тип воспитания имел место лишь у 25 (11,8%), у остальных больных наблюдались те или иные патологические типы воспитания. Среди них первые три места занимали гипоопека – 27,0, противоречивое воспитание – 26,5 и перфекционизм – 17,1% обследованных (табл. 4).

Таблица 4

Распределение больных алкогольными психозами по типу воспитания

Тип воспитания	n=211	%
Гипоопека	57	27,0
Противоречивое воспитание	56	26,5
Доминирующая гиперпротекция (перфекционизм)	36	17,1
Потворствующая гиперпротекция	9	4,3
Эмоциональное отвержение	17	8,1
Условия жестоких взаимоотношений	11	5,2
Гармоничный тип	25	11,8

В семьях больных, где преобладающим типом воспитания была гипоопека (27,0%), был недостаточный контроль над детьми, за их обучением, времяпровождением. Как правило, это были родители с низким образовательным и культурным уровнем, но вместе с тем здесь встречались и те, кто имел высшее образование, которые все свое время посвящали работе, науке и т.д. Дети, воспитывавшиеся в данных семьях, все время были предоставлены сами себе, нередко примыкали к асоциальным и антисоциальным компаниям, рано начинали алкоголизироваться.

Пациенты с противоречивым воспитанием часто воспитывались в неполных семьях, где у каждого взрослого было свое мнение по поводу воспитания детей, причем совершенно полярное по отношению к другим членам семьи. Такие больные часто передавались по типу «патологической эстафеты» бабушкам и дедушкам. Противоречивое воспитание считается многими авторами одним из самых патологических типов воспитания и может формировать неустойчивую личность, которая, как из-

вестно, наиболее предрасположена к развитию зависимости от психоактивных веществ [9].

Доминирующая гиперпротекция характеризовалась беспрепятственным контролем над детьми, принятием всех решений за ребенка, такие родители часто могли наказывать своих детей за малейшие проступки и при этом какие-то бы ни было успехи ими воспринимались как должное. Данный тип воспитания, как правило, формирует робкую, неуверенную, тревожную личность.

Эмоциональное отвержение (8,1%) способствовало формированию различных аномалий характера – от тормозимых до возбудимых. Больные, воспитывавшиеся в данных семьях, с детских лет испытывали свою ненужность, ущербность, практически никогда не видели ласки. Родители нередко не скрывали перед ними тот факт, что «появление их на свет – большая ошибка». Даже пациенты мужского пола с горечью вспоминали свое детство, часто не скрывали своих слез, рассказывая о своих взаимоотношениях с родителями.

Условия жестоких взаимоотношений (5,2%) наблюдалось в тех семьях, где один или оба родителя страдали алкоголизмом. Дети в таких семьях с ранних лет слышали брань, ругань, были свидетелями пьяных драк, что в дальнейшем воспринималось ими как должное.

Потворствующая гиперопека (4,3%) или воспитание по типу «кумира семьи» характеризовалось тем, что данные пациенты с самого раннего детства были в центре внимания, для них не существовало никаких запретов, все проступки им «сходили с рук». Как известно, данный тип воспитания способствует формированию истерических черт характера.

Анализ анамнеза больных алкогольными психозами показал, что подавляющему большинству еще до развития алкоголизма были свойственны аномальные черты, то в виде акцентуации, то клинически очерченного расстройства личности [1, 3, 5] (табл. 5).

До половины всех обследованных (46,9%) имели неустойчивые черты характера, достигающие степени выраженной акцентуации или психопатии. Как известно, лица с данными чертами характера наиболее склонны к употреблению различных

психоактивных веществ. Алкоголизация начиналась у них довольно рано, заболевание быстро прогрессировало, социальных установок данные больные, как правило, не имели.

Таблица 5

Распределение больных алкогольными психозами по характерологическим особенностям

Характерологические особенности	n=211	%
Неустойчивый	99	46,9
Возбудимый	1	0,5
Астенический	50	23,7
Истероидный	3	1,4
Эпилептоидный	6	2,8
Гипертимный	4	1,9
Гипотимный	2	1,0
Шизоидный	1	0,5
Истерио-возбудимый	16	7,6
Возбудимо-неустойчивый	12	5,6
Психастенический	1	0,5
Мозаичный	16	7,6

Заслуживает внимания то, что астенические черты диагностировались почти у четверти обследованных (23,7%). Это были так называемые застенчиво-раздражительные личности, по М.Е. Бурно [3]. Мотивация к употреблению спиртного с самого начала у них была атактичная, в дальнейшем происходило с той или иной быстротой заострение черт характера.

У больных с истерио-возбудимыми и возбудимо-неустойчивыми личностными особенностями (7,6 и 5,6% соответственно) заболевание протекало крайне неблагоприятно. Алкоголизм у этой группы практически с самого начала был асоциален. В анамнезе у этих больных нередко наблюдались суицидальные попытки различной частоты и типа, более высокий, чем у других больных, темп прогрессивности ( $p < 0,05$ ). Характеристика же алкогольных психозов у этой группы больных не отличалась от таковой у лиц с другими личностными особенностями.

Пациенты с мозаичными чертами характера занимали 7,6% от всех обследованных. Число больных с другими характерологическими особенностями было незначительным.

В процессе исследования зачастую оставалось неясным, первичными были выявленные особенности характера или вторичными, нажитыми, возникшими в ходе течения заболевания [15, 14].

Таким образом, изучение биопсихосоциальных особенностей больных алкогольными психозами показало, что таковыми значительно чаще других являются: наследственная отягощенность по алкоголизму, перенесенные черепно-мозговые травмы различной частоты и степени тяжести, вирусные гепатиты, воспитание по типу голопопек, противоречивое воспитание и гиперпротекция, а также патологические черты характера, достигающие степени выраженной акцентуации и психопатии. Среди последних наиболее часто встречались лица с неустойчивыми (46,9%) и астеническими (23,7%) чертами характера. У больных с истеро-возбудимыми и возбудимо-неустойчивыми чертами характера достоверно чаще наблюдался высокий темп прогрессивности заболевания ( $p < 0,05$ ). У лиц с отягощенной наследственностью по алкоголизму значительно чаще наблюдались структурно-сложные, атипичные формы алкогольных психозов, протекающих с органическими расстройствами, психическим автоматизмом, профессиональным и мусситирующим делирием ( $r = 0,49$ ). Таким образом, данные биопсихосоциальные особенности патопластически влияют не только на прогрессивность заболевания, но и характеристику алкогольных психозов, а следовательно, на выбор лечебной тактики и прогноз.

### Литература

1. *Абдусаттаров М.М.* О влиянии преморбидных характерологических особенностей личности на уровень снижения социально-трудовой адаптации // Рос. психиатр. журнал. 2001. №2. С. 34-37.
2. *Альшиулер В.Б.* Алкоголизм // Руководство по психиатрии; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 250-338.
3. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. М.: Академ. Проект, 2000. С. 417-606.
4. *Бурно М.Е.* Краткий характерологический опросник; 2-е изд., перераб. М.: изд-во Рос. об-ва медиков-литераторов, 2007. 8 с.
5. *Гасан-заде Н.Ю.* Скорость формирования алкоголизма в зависимости от ряда психоконституциональных особенностей // Вopr. наркологи. 1999. №3. С. 35-38.

6. *Гофман А.Г.* Клиническая наркология. М.: МИКЛЮШ, 2003. 215 с.
7. *Психиатрия и наркология: учебник / Н.Н. Иванец [и др.].* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 832 с.
8. *Иванец Н.Н., Винникова М.А.* Металкогольные (алкогольные) психозы // Руководство по наркологии; под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 233-268.
9. *Исаев Д.Н.* Психопрофилактика в практике педиатра. Л.: Медицина, 1984. 192 с.
10. *Корнетов Н.А., Губерник В.Я., Самохвалов В.П.* Возрастной патоморфоз темпа прогрессивности алкоголизма у больных, перенесших алкогольный делирий // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. Вып. 2. С. 259-262.
11. *Тяжелые алкогольные делирии у больных, злоупотребляющих спиртосодержащими токсическими жидкостями / В.Т. Лекомцев [и др.]* // Человек и мир: социальное поведение личности в изменяющемся мире: материалы Всерос. науч.-практ. конф. Ижевск: изд-во ИУУ, 2007. С. 142-144.
12. *Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология. Л.: Медицина, 1991. 301 с.
13. *Москаленко В.Д.* Медико-генетическое консультирование в наркологии // Руководство по наркологии; под ред. Н.Н. Иванца. М.: Медпрактика-М, 2002. С. 351-357.
14. *Сидоров П.И.* Наркологическая превентология: руководство; 2-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2006. С. 15-44.
15. *Сидоров П.И., Митюхляев А.В.* Ранний алкоголизм. Архангельск: изд-во АГМА, 1999. 303 с.
16. *Ураков И.Г., Куликов В.В.* Хронический алкоголизм. М.: Медицина, 1977. С. 18-42.
17. *Фрейеров О.Е.* К вопросу об алкоголизме при психопатиях // Вопросы клиники, систематики, патогенеза и терапии алкоголизма. Вологда: Сев.-зап. кн. изд., 1972. С. 328-340.
18. *Алкогольная и наркотическая зависимость: практическое руководство для врачей / Г.М. Энтин [и др.].* М.: Медпрактика-М, 2002. С. 75-97.
19. *Henkel D.* Thesen zur Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus in den neuen Bundesländern // Sucht. 1993. Bd. 39, N 3. S. 200-204.
20. *McGue M., Pickens W, Svikis D.S.* Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study // J. Abnorm. Psychol. 1992. Vol. 101, N 1. P. 3-17.

---

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

### КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АПАТО-АБУЛИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

**П.О. Бомов, В.Г. Будза**

*Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург*

В связи с отчетливыми изменениями возрастного состава общего населения в сторону старших возрастных групп и, по-видимому, связанным с этим нарастанием доли психически больных пожилого и старческого возраста [5-7] изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей [4, 11]. Указанные общемировые тенденции создают для государства серьезные медицинские проблемы и делают актуальными изучение дебютирующих в нетипичном (позднем) возрасте шизофренических психозов в связи с трудностями диагностики, дифференцированного подхода к лечению, реабилитации.

До недавнего времени в работах зарубежных и отечественных авторов [9, 13-15] были описаны, главным образом, продуктивные психопатологические расстройства при поздней шизофрении, особенности их корреляции с негативными проявлениями [12] и значительно меньше внимания уделялось проблеме изучения собственно дефицитарных нарушений этого заболевания [3, 8]. Так как самым распространенным типом дефекта у больных как с ранним, так и с поздним началом шизофрении являлся апато-абулический [1, 2], то социальная и трудовая дезадаптация данного контингента больных чаще отмечалась именно в связи с наличием этого вида дефектного состояния.

**Материалы и методы.** Обследовано 36 пациентов с апато-абулическим дефектом личности (28 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст  $52 \pm 5,8$  года) с дебютом шизофренического процесса в позднем возрасте (после 45 лет), которые составили основную группу. Большинство больных основной группы характеризовались наличием приступообразно-прогредиентного (шубообразного) типа течения (61,8%), оставшиеся 38,2% – непрерывно-прогредиентного. В исследование были включены больные с параноидной (81,5%) (шифры по МКБ-10: F20.00, F20.01) и кататонической (18,5%) (шифры по МКБ-10: F20.20, F20.21) формой шизофрении. Число госпитализаций пациентов этой группы составило от 1 до 7 раз. Длительность шизофренического процесса у больных в основной группе была от 1 до 21 года (средняя продолжительность  $7,3 \pm 6,12$  года). Пациенты в возрасте от 32 до 59 лет с началом шизофрении в 30-44 года составили группу контроля, обследованию подверглись 16 человек (12 женщин и 4 мужчины). Средний возраст пациентов этой группы –  $44 \pm 7,6$  года. Так же, как и в основной группе, больные в группе контроля преимущественно были представлены параноидной формой шизофрении (81,3%) с шубообразным типом течения (68,8%). Пациенты, вошедшие в группу контроля, чаще подвергались госпитализации в психиатрический стационар от 1 до 20 раз. Продолжительность заболевания у больных в контрольной группе была сопоставима с её длительностью у пациентов основной группы – от 0,5 до 21 года (средняя продолжительность  $7,8 \pm 6,7$  года). Таким образом, контрольная группа обследованных лиц существенно не отличалась от основной группы в отношении распределения по типу течения и форме шизофренического процесса, а также полу и образовательному уровню. Исследуемые группы достоверно различались по возрасту ( $p < 0,05$ ). Пациенты обеих групп наблюдались в течение трёх лет и впервые подвергались обследованию лишь после купирования продуктивных психопатологических симптомов, т.е. на этапе становления ремиссии. Как правило, первичное обследование проходило непосредственно перед выпиской из стационара, последующие динамические обследования проходили либо с кратностью 1 раз в год в амбулаторных

условиях, либо при каждом последующем поступлении больного в стационар в связи с рецидивом заболевания. Использованы клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-динамический, патопсихологический и статистический методы исследования. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью параметрического *t*-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Вилкоксона. Все переменные представлены как среднее и ошибка среднего.

**Результаты и обсуждение.** В данном исследовании апато-абулический тип дефекта встречался с наибольшей частотой как в основной, так и в контрольной группах (38,2 и 59,4% соответственно), однако статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) он все же чаще был диагностирован в группе контроля. Большинство пациентов основной группы были в возрасте 45-55 лет, независимо от распространенности этого типа дефекта от возраста в контрольной группе не наблюдалось. В клинической картине на первый план выступали стойкое снижение волевой активности, обеднение эмоциональной сферы с безразличием, вялостью, адинамией, а также нарушение ассоциативных процессов в виде замедления темпа мышления, снижения объема и скорости усвоения информации, тенденции к стереотипии, шаблонности. Преморбидные характеристики больных этой группы отличались разнообразием от выраженных патохарактерологических девиаций (8%) до отсутствия каких-либо личностных расстройств (23%). Больные с данным типом дефекта в большинстве своём демонстрировали шизоидные, астенические нарушения личностного склада в преморбиде. Причем статистически достоверных различий между основной и контрольной группами выявлено не было. У большинства больных (69%) с ретроспективно диагностированными инициальными нарушениями инициальный период протекал с астеноаффективными расстройствами, включающими в себя снижение работоспособности, диссомнию, колебания настроения без видимых причин. Родственники указывали на замкнутость, задумчивость, некоторую отстраненность больных, их безучастность к событиям окружающей жизни, к своей собственной судьбе. Снижался интерес

к работе, утрачивалось желание общаться с друзьями и близкими, появлялась дневная сонливость.

Психотическая манифестация характеризовалась медленным развитием, лишь у 18% пациентов основной и 27% больных контрольной групп отмечен острый дебют шизофрении, что не является достоверной разницей между группами. Клиническая картина психозов характеризовалась систематизированными бредовыми идеями, малой аффективной заряженностью, а также развернутыми галлюцинаторно-параноидными синдромами. При этом варианте дефекта почти не наблюдалось полных ремиссий, у больных не формировалось критики к перенесенным психозам, редко ремиссии содержали резидуальные психотические проявления, не определяющие поведения больных.

Сравнительный анализ дебютов мужчин и женщин выявил, что большинство впервые заболевших шизофренией после 45 лет – женщины, причем дебютирование процесса после 55 лет у женщин наблюдается еще чаще, чем у мужчин: в контрольной группе также достоверно чаще заболевали женщины. Данные являются статистически значимыми ( $p < 0,001$ ). Динамика заболевания в основной группе характеризовалась приступами по типу усложнения клинической картины последующих приступов по сравнению с первым – у 67,4% пациентов, по типу «упрощения» приступов – у 22,6% пациентов. Отмечено, что данный тип дефекта у пациентов контрольной группы формировался довольно быстро, после 1-2 приступов, в отличие от больных поздней шизофренией, которым для появления дефекта апато-абулического типа было необходимо перенести 2-3 рецидива.

Течение заболевания у 75,9% основной группы и 63,2% контрольной было непрерывно-прогредиентным, у 24,1% больных поздней шизофренией и 36,8% группы контроля характеризовалось приступообразностью. Отмечено, что пациенты с длительностью заболевания до 5 лет преобладали в основной группе (18,4% в основной и 12,3% в контрольной группе). Большинство больных имели продолжительность шизофренического процесса от 5 до 10 лет (46,7% пациентов основной и 57,2% больных контрольной группы) и от 10 до 20 лет (29,9% больных основной и 24,5% паци-

ентов контрольной группы). Самая малочисленная группа больных была с длительностью заболевания более 20 лет (рис. 1).

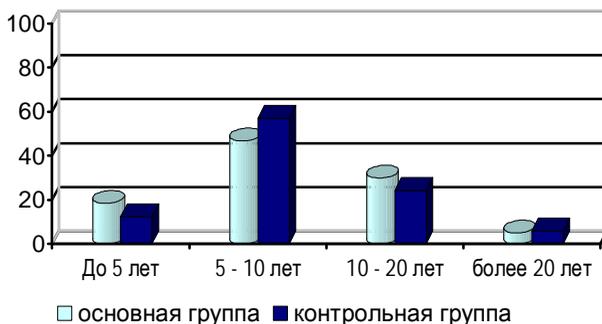


Рис. 1. Длительность эндогенного процесса у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, %

При благоприятном течении заболевания больные устраивались в более простых условиях производства без особой заинтересованности в трудовой деятельности, нередко по инициативе и под «прикрытием» родственников, чтобы «дотянуть» до пенсии (особенно женщины в поздневозрастной выборке), формировался новый семейный уклад с формализацией отношений и обязанностей. Взамен утраченных социальных функций появлялись стереотипные, упрощенные, с отказом больных от занятий и контактов более высокого уровня. При отсутствии или распаде семьи больные не пытались создать другую, был значительно снижен уровень критики к своему внешнему виду, образу жизни, мнению о себе окружающих. Со слов родственников, дома больные большую часть времени проводили в постели, проявляя активность только для приёма пищи, осуществления минимальных гигиенических процедур. Частые и продолжительные госпитализации ещё более снижали способности больных к социальному функционированию, развивались вторичные нарушения адаптации в виде госпитализма.

Анализ трудоспособности выявил следующее: в основной группе лишь трое пациентов (10,7%) имели первую группу инвалидности, в контрольной – таких больных не было; большая

часть больных как в основной, так и в контрольной группах была со второй группой инвалидности (в основной группе – 64,3%, в контрольной – 72,2%), примерно одинаковое число больных сохранили трудоспособность (25% в основной группе, 27,8% в контрольной группе). При сравнении показателей трудоспособности мужчин и женщин нами не было выявлено достоверных различий как в основной, так и в контрольной группе (рис. 2).



Рис. 2. Степень снижения трудоспособности у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, %

Глубина негативных расстройств при апато-абулическом типе дефекта как в основной, так и в контрольной группе отличалась равномерным поражением всех сфер психической деятельности. В основной группе эмоциональная сфера страдала у 89,7% пациентов, волевая – у 100% пациентов, ассоциативная – у 86,2%. В контрольной группе эти показатели были (хотя и статистически недостоверно) несколько хуже: нарушение эмоциональной сферы – у 94,7% пациентов, волевой и ассоциативной – у 100%.

Расстройства первого ранга при данном типе дефекта у больных поздней шизофренией выявлены лишь у 17,3% больных, второго ранга – у 55,2%, третьего ранга – у 27,5%. В контрольной группе нарушения первого ранга были диагностированы у 12,2% пациентов, второго ранга – у 76,8%, третьего ранга – у 11%. В контрольной группе заметен прирост пациентов с расстройствами второго и третьего рангов, причем увеличение пациентов с третьим рангом дефицитарных нарушений, по срав-

нению с основной группой, является статистически достоверным ( $p < 0,05$ ) (рис. 3).

Для более точной количественной оценки психопатологических расстройств у больных с апато-абулическим типом дефекта мы использовали шкалу для оценки негативных симптомов. Максимальные значения были получены по шкалам «аффективное уплощение», «алогия» и «абулия-апатия». Причём по указанным шкалам получены различия между основной и контрольной группами.

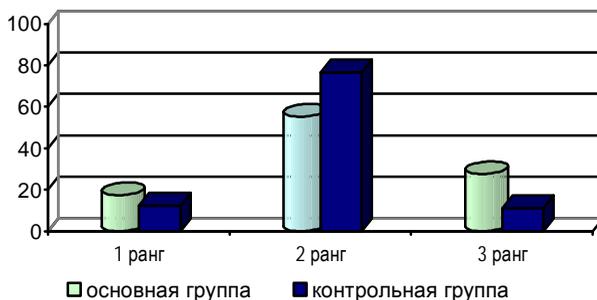


Рис. 3. Структура негативных расстройств у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, %

Больные основной группы достоверно ( $p < 0,05$ ) были более эмоциональными, старались использовать жестикуляцию во время беседы, не избегали взгляда собеседника. В меньшей степени у больных поздней шизофренией наблюдалось количественное снижение речевой продукции, ответы были относительно развернутыми ( $p < 0,05$ ). В группе контроля пациенты демонстрировали качественные нарушения мыслительной деятельности в виде формальности ответов на вопросы, резонерства, аморфности, отличались инертностью в движениях, мало внимания уделяли своему внешнему виду, не занимались ведением домашнего хозяйства, что в значительно меньшей степени было свойственно пациентам основной группы ( $p < 0,05$ ). По шкалам «ангедония-асоциальность» и «нарушение внимания» не было получено достоверных различий между двумя группами больных (рис. 4).

Таким образом, апато-абулический дефект в обеих исследуемых группах отличается относительной равномерностью поражения всех сфер психической деятельности, без достоверного преобладания нарушений какой-либо из них (эмоциональная – у 89,7% больных основной группы и у 94,7% контрольной, волевая – у 100% больных обеих групп, ассоциативная – у 86,2% больных поздней шизофренией и 100% у больных из группы контроля).

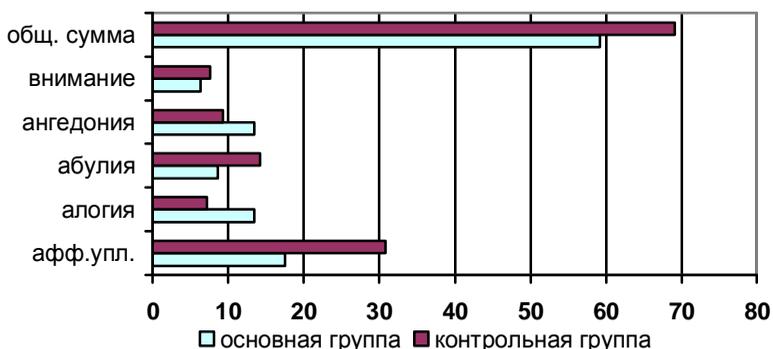


Рис. 4. Средние значения по шкалам SANS в основной и контрольной группах у больных с апато-абулическим типом дефекта, баллы

Примечание. Максимально возможные значения по шкалам, баллы: аффективное уплощение – 35, алогия – 20, абулия-апатия – 15, ангедония-асоциальность – 20, внимание – 10, общая сумма – 95

Глубина негативных расстройств достигала второго (55,2% пациентов основной группы и 76,8% контрольной) и третьего (27,5% больных с поздним началом шизофрении и 11% группы контроля) рангов, что свидетельствует о довольно значительной прогрессивности шизофренического процесса.

Выявлено, что апато-абулический дефект чаще формировался при непрерывном течении заболевания у больных основной и контрольной групп (75,9 и 63,2% соответственно) и длительности течения заболевания от 5 до 10 лет (46,7 и 57,2% соответственно). В структуре трудоспособности преобладала вторая группа инвалидности (64,3% больных основной группы и 72,2% контрольной). Полученные данные об особенностях клинических и социальных аспектов больных поздней шизофрени-

ей с апато-абулическим типом дефекта позволяют более точно квалифицировать дефицитарные проявления данного контингента больных, что в свою очередь способствует оптимизации психосоциальной реабилитации.

### Литература

1. *Акимова Е.В.* Характеристика высших психических функций и неврологических расстройств у больных с дефицитарными состояниями при шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород, 2005. 23 с.
2. *Бомов П.О.* Дефицитарные расстройства у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте (клинико-нейропсихологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2007. 24 с.
3. *Воробьев В.Ю.* Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1988. 41 с.
4. *Гаврилова С.И.* Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии // Соц. и клин. психиатрия. 2006. № 3. С. 5-11.
5. *Гурович И.Я.* Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Прил. № 1. С. 3-6.
6. *Зозуля Т.В., Грачёва Т.В.* Динамика и прогноз заболеваемости психическими расстройствами лиц старшего возраста // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. Т. 101. № 3. С. 37-41.
7. *Калын Я.Б.* Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001. 36 с.
8. *Концевой В.А.* Шизофрения в позднем возрасте // Руководство по психиатрии: в 2 т.; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. С. 488-495.
9. *Кострикина И.Е.* Поздняя шизофрения, протекающая с асоциальными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985. 23 с.
10. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ Statistica. М.: Медиа Сфера, 2006. 312 с.

11. *Шахматов Н.Ф.* Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 304 с.
12. *Шипилин М.Ю.* Соотношение позитивных и негативных расстройств в динамике параноидной шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 23 с.
13. *Штернберг Э.Я.* Шизофрения в позднем возрасте // Руководство по психиатрии; под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 373-390.
14. *Sommer M.* Zur Kenntniss der Spatkatatonie// Zbl. Neurol. 1910. Bd. 1, N 7. 535 s.
15. *Zweig A.* Dementia praecox jenseits des 30 Lebensjahres// Arch. Psychiat. 1908. Bd. 44. 1015 s.

## ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

А.В. Голенков, Д.Н. Крылов

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары*

Ни об одном методе лечения нет такого количества ложных представлений, как об электросудорожной терапии (ЭСТ). А.И. Нельсон в своем руководстве описывает наиболее распространенные мифы: «ЭСТ вызывает органическое повреждение мозга», «Вследствие ЭСТ у пациентов развивается эпилепсия или слабоумие», «ЭСТ является запрещенным методом», «Врачи не применяют ЭСТ себе и своим родственникам», «ЭСТ служит для наказания людей и является репрессивным методом, дающим психиатрам изуверское орудие для борьбы с инакомыслящими» [4]. На распространение мифов работают средства массовой информации, общественное мнение, кинематограф, художественная литература, слухи и пр. [13, 16, 17]. Не случайно, что оценки в отношении ЭСТ существенно различаются не только между представителями разных культур [5], но даже между жителями одной страны [6]. Не лишены предрассудков и люди, имеющие или получающие медицинское образование [3], специализирующиеся и работающие в психиатрии [7]. Однако причины их суеверных взглядов до конца не изучены. Поэтому представляют интерес исследования осведомленности об ЭСТ и отношения студентов-медиков к данному виду лечения, в том числе и в контексте более полного представления о психических расстройствах и биологической психиатрии.

**Цель исследования** – изучить отношение студентов к ЭСТ, осведомленность об этом методе лечения.

**Материалы и методы.** Опрошено 200 студентов (мужчин – 45, женщин – 155) IV-V курсов медицинских факультетов (лечебного – 142, стоматологического – 29, педиатрического – 29) Чувашского госуниверситета во время прохождения цикла психиатрии. Использовалось 15 вопросов из анкеты G. Gazdag et al. [10]. Студенты могли ознакомиться с особенностями данного

метода лечения психических расстройств в учебнике психиатрии [3], задать интересующие их вопросы преподавателям.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью корреляционного анализа и *t*-критерия для относительных величин.

**Результаты и обсуждение.** Стигматизированные представления об ЭСТ как о морально устаревшем методе лечения имели около половины (47,5%) опрошенных, считали ее мучительной (42,5%) и опасной процедурой, чреватой летальным исходом (65,5%). Другие ответы студентов представлены в таблице.

Отношение к ЭСТ студентов-медиков, %

Вопрос анкеты	Всего	Пол		Видели ЭСТ	
		Муж	Жен	Да	Нет
ЭСТ – морально устаревший метод лечения	47,5	51,1	46,5	<b>37,0</b>	<b>56,5</b>
ЭСТ может проводиться без анестезии	35,0	<b>53,3</b>	<b>29,7</b>	<b>25,0</b>	<b>43,8</b>
ЭСТ может проводиться без миорелаксантов	39,5	<b>53,3</b>	<b>35,5</b>	44,6	35,2
ЭСТ вызывает повреждение мозга	39,0	<b>22,2</b>	<b>43,9</b>	<b>19,6</b>	<b>55,6</b>
ЭСТ может проводиться нелегально	23,0	33,3	20,0	<b>16,3</b>	<b>28,7</b>
ЭСТ часто злоупотребляют	31,0	26,7	32,3	<b>14,1</b>	<b>45,4</b>
ЭСТ используют для контроля за агрессивными больными	46,0	33,3	49,7	<b>34,8</b>	<b>55,6</b>
ЭСТ используют для наказания непослушных больных	19,5	11,1	21,9	<b>7,6</b>	<b>29,6</b>
ЭСТ – мучительная (болезненная) процедура	42,5	37,8	43,9	<b>15,2</b>	<b>65,7</b>
ЭСТ должна применяться как средство последней надежды	39,5	42,2	38,7	32,6	45,4
ЭСТ должна применяться как можно чаще в отношении людей из группы социального риска	21,0	24,4	20,0	26,1	16,7
ЭСТ должна применяться как можно чаще в отношении несовершеннолетних	1,0	-	1,3	1,1	0,9
ЭСТ – опасная процедура, могущая привести к смерти	55,5	48,9	57,4	<b>30,4</b>	<b>76,9</b>
ЭСТ не должна проводиться пациентам старше 65 лет	73,5	64,4	76,1	69,6	76,9
Дали бы согласие на проведение ЭСТ родственнику, страдающему тяжелой (психотической) депрессией	52,5	<b>73,3</b>	<b>46,5</b>	<b>68,5</b>	<b>38,9</b>

Примечание. Жирным шрифтом выделены достоверные различия результатов.

Имелись достоверные различия в ответах респондентов с учетом их пола, социально-демографических показателей (место рождения и жительства), факультета, выбора будущей профессии, информированности (видели или нет процедуру). Мужчины чаще допускали проведение немодифицированной ЭСТ (без анестезии и миорелаксантов) [4], в том числе своим родственникам в случае болезни. Женщины считали ЭСТ brutalным методом, вызывающим повреждение головного мозга, поэтому выбирали модифицированный вариант процедуры, чаще не соглашались на ее проведение своим родным и близким.

Корреляционный анализ<sup>1</sup> показал, что уроженцы города чаще считали ЭСТ средством последней надежды ( $p < 0,01$ ), которое должно применяться для контроля за агрессивными больными ( $p < 0,05$ ). Жители сельской местности чаще соглашались на проведение ЭСТ несовершеннолетним ( $p < 0,01$ ) и лицам старше 65 лет ( $p < 0,05$ ). Студенты педиатрического факультета считали ЭСТ болезненной процедурой ( $p < 0,01$ ), вызывающей повреждение головного мозга ( $p < 0,05$ ), могущей привести к смерти ( $p < 0,01$ ). При этом допускали ее использование для контроля за агрессивными больными ( $p < 0,01$ ). Будущие стоматологи показали самую лучшую информированность об ЭСТ ( $p < 0,01$ ): реже считали ее устаревшей процедурой, мучительным методом лечения; чаще признавали, что ЭСТ злоупотребляют, используют для контроля за агрессивными больными и наказания непослушных. Среди представителей других медицинских специальностей выделялись студенты ( $p < 0,05$ ), пожелавшие стать психиатрами или невропатологами (считали ЭСТ устаревшим методом лечения, вызывающим повреждение головного мозга); хирургами (считали, что ЭСТ может проводиться нелегально); акушерами-гинекологами (согласны, что ЭСТ нужно проводить как можно чаще несовершеннолетним и людям из группы социального риска); терапевтами (чаще по сравнению с другими были против проведения ЭСТ людям из группы социального риска;  $p < 0,01$ ). Негативное отношение будущих психоневрологов, по-видимому, можно объяснить результатами одного зарубежного исследования, в котором студенты, считающие

<sup>1</sup>  $r = 0,15-0,18$ ;  $p < 0,05$ ;  $r = 0,19$  и выше;  $p < 0,01$  при  $n = 200$ .

себя глубоко разбирающимися в психиатрии и ЭСТ, дали наиболее предвзятые ответы [8]. Оценки других респондентов могли зависеть от показателей эмпатии. По данным нашего предыдущего исследования, будущие хирурги и акушеры-гинекологи имели низкие и заниженные показатели эмпатии, а будущие терапевты (семейные врачи) – нормальные [1]. Респонденты, которые видели процедуру ЭСТ (46%), имели о ней существенно лучшие представления, чем те, кто знал о ней только понаслышке (см. таблицу). Непосредственное знакомство с процедурой ЭСТ оказывает определенное позитивное влияние на информированность и более адекватное восприятие этого метода лечения, используемого в психиатрической клинике [2].

Как свидетельствует одно исследование, проведенное в Нигерии, в конце практического курса по психиатрии большинство студентов имели позитивное отношение к ЭСТ, считая ее современным и действенным методом лечения. Отрицалось повреждающее мозг действие ЭСТ, использование ее в качестве репрессивного инструмента воздействия. Лишь некоторые студенты допускали применение ЭСТ к людям из группы социального риска, несовершеннолетним и лицам пожилого возраста. Студенты, мечтающие стать в будущем психиатрами, считали ЭСТ болезненной процедурой, не соглашались с ее использованием в политических целях, отрицали ее повреждающее действие на мозг. Более негативные оценки были у студентов с низкой осведомленностью об ЭСТ. Подавляющее большинство респондентов считали ЭСТ средством последней надежды [12].

Сравнение наших данных с результатами у студентов (n=127) из Венгрии показало достоверную разницу по большинству (8 из 14)<sup>1</sup> вопросов анкеты [10]. Существенно меньшее число венгерских студентов считали, что процедура ЭСТ – устаревший метод лечения (34,6%;  $p < 0,05$ ) и средство последней надежды (61,5%;  $p < 0,001$ ), что она может проводиться без миорелаксантов (15%;  $p < 0,001$ ), нелегально (13,4%;  $p < 0,05$ ), для наказания непослушных больных (2,4%;  $p < 0,001$ ), что ею часто злоупотребляют (16,5%;  $p < 0,01$ ). Как следствие, они чаще допуска-

<sup>1</sup>15-й вопрос у авторов опросника касался согласия на ЭСТ самого опрашиваемого, поэтому был исключен из анализа.

ли назначение ЭСТ несовершеннолетним (6,3 против 1% у отечественных студентов;  $p < 0,01$ ) и пациентам старше 65 лет (45,7%;  $p < 0,001$ ). Описанные различия, очевидно, обусловлены разницей в образовательных стандартах и материалах по ЭСТ в учебниках двух стран. Справедливости ради нужно отметить, что в ответах студентов-медиков из Ирландии отмечались схожие с нашими результаты, касающиеся повреждающего действия ЭСТ на мозг (по 39% неправильных ответов) и рассмотрения ее как метода последней надежды (39 и 47,9%) [6].

В другом сравнительном исследовании студентов-медиков двух арабских стран (Ирак и Египет) и Великобритании были существенные различия в клинических показаниях, побочных эффектах ЭСТ, особенностях назначения и проведения ЭСТ больным с депрессией. Все показатели оказались существенно лучше у студентов из Великобритании: ни один из респондентов не указал на злоупотребление психиатров ЭСТ, только 5% отказались от применения ЭСТ себе и своим родственникам (Ирак – 23%, Египет – 37%); всего 3 студента из 79 допускали проведение ЭСТ без анестезии. Позитивное отношение в группе студентов из Великобритании связано с посещением 79,5% из них процедуры ЭСТ и лучшей теоретической подготовкой по психиатрии. В арабской популяции негативный образ формировался главным образом на основании художественных фильмов, особенно у студентов из Египта [5]. В другой работе было доказано, что после просмотра художественных фильмов со сценами ЭСТ в качестве наказания недисциплинированных больных увеличилось с 10 до 25% число лиц, отговаривающих своих родственников и друзей от такого лечения, а  $\frac{1}{3}$  ухудшила отношение к ЭСТ [16].

Результаты нашего исследования свидетельствуют в целом о негативном отношении будущих врачей к ЭСТ, низкой информированности о данном методе лечения. Мнение о том, что ЭСТ – морально устаревшая процедура, складывается под влиянием даты ее открытия (1938), когда она была «основным методом лечения психических расстройств», с одной стороны, и внешне бурной процедурой, сопровождающейся выраженными судорогами, потерей сознания и остановкой дыхания у больных, – с дру-

гой [3]. Однако, по данным медицинской статистики, ЭСТ до настоящего времени остается довольно распространенным методом лечения разнообразных психических, неврологических и соматических заболеваний во многих странах мира [4]. Часто встречающиеся не совсем верные представления об ЭСТ у опрошенных могли сформироваться из материалов, представленных в учебнике психиатрии. В частности, допускается использование различных модификаций ЭСТ («с премедикацией миорелаксантами») как прием борьбы с терапевтической резистентностью, когда не помогает психофармакотерапия («средство последней надежды»). Описываемые возможные осложнения (длительные задержки дыхания после припадка, выраженная ретро- и антероградная амнезия, вывихи и переломы; тщательное соматическое обследование), необходимость аппарата искусственного дыхания могли способствовать представлениям о том, что ЭСТ вызывает повреждение мозга и что мучительная процедура, могущая привести к смерти, не должна проводиться несовершеннолетним и пациентам старше 65 лет [3].

Многочисленные публикации убедительно опровергают эти умозрительные представления. В исследованиях, проведенных с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии [9], современных биохимических (С-реактивный белок, внутриклеточные ферменты: алкалинфосфатаза, лактатдегидрогеназа, аланин- и аспаратаминотрансфераза, креатинкиназа и др.) исследований [11], не подтверждается связь между ЭСТ и повреждением мозга. ЭСТ довольно часто используется для людей старше 65 лет, нередко – несовершеннолетних, а частота осложнений (0,3-0,5%) и смертельных исходов (0,00125-0,01%) достоверно уступает результатам психофармакотерапии [4]. Решающее влияние на оценки студентов оказывает общественное мнение и средства массовой информации. Устойчивые антипсихиатрические настроения в обществе выражаются в ответах респондентов о проведении ЭСТ нелегально, для контроля и/или наказания агрессивных, непослушных больных, людей из группы социального риска, других злоупотреблениях. Под влиянием вышеприведенных аргументов формируется боязнь, страх, сильные предубеждения и, как следствие, отказ от проведения

ЭСТ у родственника, страдающего тяжелым психическим расстройством. Однако даже поверхностное знакомство с процедурой достоверно улучшает отношение к ЭСТ, что и было продемонстрировано в нашем исследовании на примере двух групп студентов. Многочисленные зарубежные работы подтверждают позитивное влияние образовательных программ [17] и специальных тренингов [7, 14] по ЭСТ на улучшение информированности и позитивного восприятия этого эффективного метода биологической терапии психически больных. До лекции 50,3% студентов имели позитивное отношение к ЭСТ, 43,5% – сдержанное и 6,2% – негативное, после – 78,1, 20,4 и 1,5% соответственно [15].

Таким образом, проведенное исследование позволило определить отношение студентов-медиков Чувашии к ЭСТ, изучить факторы, влияющие на формирование предубеждений и их преодоление (минимизацию). Посещение сеанса ЭСТ и получение релевантной информации значительно увеличивает число респондентов, позитивно и терпимо настроенных к внешне непрезентабельному, но эффективному методу лечения психических расстройств.

#### Литература

1. *Голенков А.В.* Уровень эмпатии у студентов-медиков: статика и динамика в процессе учебы // *Личность в совр. исслед.: материалы науч.-практ. конф.* Рязань, 2007. С. 188-190.
2. *Голенков А.В., Крылов Д.Н., Иванов В.Н.* Отношение студентов к электросудорожной терапии: до и после посещения сеанса // *Акт. медико-биол. и психосоц. проблемы охраны психического здоровья: сб. науч. тр.* Ижевск, 2008. С. 57-61.
3. *Психиатрия: учебник для студ. мед. вузов; 3-е изд.* / М.В. Коркина [и др.]. М.: Медицина, 2006. 576 с.
4. *Нельсон А.И.* Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии. М.: БИНОМ, 2005. 368 с.
5. *Abbas M., Mashrai N., Mohanna M.* Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective // *JECT.* 2007. Vol. 3, N 4. P. 260-264.

6. *Byrne P., Cassidy B., Higgins P.* Knowledge and attitudes towards electroconvulsive therapy among health care professionals and students // JECT. 2006. Vol. 22, N 2. P. 133-138.
7. *Chanpattana W.* ECT knowledge in psychiatrists, psychiatry residents, and medical students: effect of training// J Med. Assoc. Thai. 1999. Vol. 82. N 8. P. 819-823.
8. *Clothier J., Freeman T., Snow L.* Medical student attitudes and knowledge about ECT // JECT. 2001. Vol. 17, N 2. P. 99-101.
9. *Devanand D.P., Dwork A.J., Hutchinson E.R.* et al. Does ECT alter brain structure? //Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152, N 9. – P. 1403.
10. *Gazdag G., Kocsis-Ficzere N., Tolna J.* Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy // JECT. 2005. Vol. 21, N 2. P. 96-99.
11. *Giltay E.J., Kho K.H., Blansjaar B.A.* Serum markers of brain-cell damage and C-reactive protein are unaffected by electroconvulsive therapy // World J. Biol. Psychiatry. 2008. Vol. 9, N 3. P. 231-235.
12. *James B.O., Omoaregba J.O., Olotu O.S.* Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy // JECT. 2008. Nov. 27.
13. *McFarquhar T., Thompson J.* Knowledge and attitudes regarding electroconvulsive therapy among medical students and general public // JECT. 2008. Vol. 24, N 4. P. 244-253.
14. *Oldewening K., Lange R., Willan S.* et al. Effects of an education training program on attitudes to electroconvulsive therapy // JECT. 2007. Vol. 23, N 2. P. 82-88.
15. *Papakosta V., Zervas I., Pehlivanidis A.* et al. A survey of the attitudes of Greek medical students toward electroconvulsive therapy // JECT. 2005. Vol. 21, N 3. P. 162-164.
16. *Walter G., McDonald A., Rev J., Rosen A.* Medical students knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies // JECT. 2002. Vol. 18, N 1. P. 43-46.
17. *Teaching electroconvulsive therapy to medical students: effects of instructional method on knowledge and attitudes/* Warnell R.L. [et al.] // Academic Psychiatry. 2005. Vol. 29. P. 433-436.

**СЕМАНТИКО-ЭТИМОЛОГИЧЕСКИЙ  
АНАЛИЗ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С СЕНЕСТОПАТИЯМИ**

**Е.Н. Давтян, С.Э. Давтян**

*Российский государственный педагогический университет имени  
А.И. Герцена, Санкт-Петербургский государственный  
университет, Санкт-Петербург*

Изучение соотношения телесного и психического, многообразия их проявлений в норме и патологии имеет многовековую историю и длительное время являлось прерогативой почти исключительно философии. С начала XX века проблемы психосоматических корреляций начали активно разрабатываться и другими научными дисциплинами, прежде всего психиатрией, психологией, нейрофизиологией и анатомией сенсорных систем. Несмотря на накопленный к настоящему моменту обширный экспериментальный, теоретический и клинический материал, единой общепринятой концепции механизмов телесного восприятия и проприоцептивной чувствительности нет [5], а «содержательная сторона термина «сенестопатии» до настоящего времени остается недостаточно определенной» [3].

Область внутренней телесности имеет весьма специфический характер, поскольку нет противопоставления субъекта объекту и, как следствие, нет возможности достаточной объективизации чувственного опыта. Невозможно четко отграничить телесную чувствительность от общего континуума восприятия и представить в сознании как объект внешнего мира. Разрабатываемая последние годы в рамках междисциплинарного подхода к изучению речевого поведения психически больных концепция *патодиолекта*<sup>1</sup> [4] дает теоретическую основу для применения лингвистических методов в психиатрической практике. В частности, использование семантического анализа речевой деятельности больных позволяет разрешить сложную методологическую проблему объективизации субъективного опыта.

---

<sup>1</sup> Специфического патологического варианта индивидуальной речи при психических нарушениях.

Цель настоящего исследования заключалась в анализе субъективных (языковых) факторов симптомообразования (семанто-генеза) нарушений телесного самовосприятия при психозах. Методологической основой проведенного исследования стало обобщение воззрений в понимании психоза как протопатического сдвига, означающего изменение в структуре психических процессов соотношения протопатической и эпикритической чувствительности [1, 8]. Протопатическая чувствительность представляет собой первичное чувство, в котором неразрывно спаяны эмоциональность и телесные ощущения, неосознаваемые, недифференцированные и представленные в сознании в виде некоей «витальной нормы». В норме филогенетически более молодая эпикритическая чувствительность заглушает проявления более древней, протопатической. Поэтому на осознаваемом уровне (вне психического или физического страдания) человеку доступны только дискретные телесные восприятия. Эти восприятия формируются в результате перцептивного научения и традиционно обозначаются в языке набором слов, обозначающих телесные ощущения (болит, давит, жжет, щекочет и т.д.).

В соответствии с концепцией о патоидиолекте, протопатическому уровню реагирования сопутствует искажение процессов смыслообразования, выражающихся *семантической транспозицией* [4], при которой лексические единицы языка приобретают дополнительный специфический смысл. При этом на субъективном уровне реагирования активизируются филогенетически старые познавательные структуры – наиболее простые рефлексивные и чувственно-интуитивные акты, направленные на раскрытие смысла и установление значения происходящих изменений. Активность же сложных рефлексивных актов, направленных на более полное раскрытие смысла патологических переживаний, не получает полного развития, что отражается и в речевой организации патологического опыта.

Всего клинически и с помощью компонентного анализа лексики было обследовано три группы психически больных (табл. 1) с сенсопатической симптоматикой в клинической картине за-

болевания; диагностика заболеваний проводилась в соответствии с критериями МКБ-10.

Таблица 1

Клиническая характеристика исследованных групп больных

Группа психических расстройств	N	Средний возраст	Длительность болезни	Длительность существования сенестопатий в клинической картине болезни	Длительность существования исследуемых сенестопатий
Шизофрения	58	38,9 (± 1,85)	11,2 (± 1,30)	8,3 (± 1,18)	2,2 (± 0,49)
Органические психические расстройства	32	47,8 (± 1,80)	9,1 (± 1,35)	7,0 (± 1,2)	2,0 (± 0,49)
Аффективные расстройства	15	48,9 (± 3,80)	8,2 (± 1,87)	7,7 (± 1,93)	1,4 (± 0,38)

В основную группу были включены больные с патологическими телесными ощущениями (сенестопатиями), соответствовавшими следующим критериям:

1) ощущения возникают без какой-либо реальной физической основы – описание, локализация и другие характеристики ощущений не укладываются в клиническую картину известных соматических заболеваний; медицинские обследования не выявляют у больного физических повреждений, соответствующих тяжести его состояния;

2) ощущения сопровождаются специфической акцентуацией сознания на процессах соматической сферы, что клинически проявляется стойким доминированием в сознании необычных, странных, чужеродных, крайне мучительных, с трудом описываемых ощущений необычной локализации и высокой чувственной насыщенности.

Для надежности из исследования исключались случаи, когда в анамнезе отмечались реактивные влияния на начало психических нарушений, и случаи, когда, выражаясь языком МКБ10, у больных выявлялась «некоторая степень истерического поведения». Для минимизации возможных ошибок в первую очередь отбирались больные с психотическим уровнем нарушений.

На **клиническом** этапе с согласия больного с помощью диктофона производилась подробная запись высказываний, описывающих сенсопатические переживания, из которой впоследствии вычленились описания отдельных сенестопатических ощущений со всеми возможными характеристиками (всего было собрано и проанализировано 241 описание сенестопатий).

На семантическом этапе обработка высказываний производилась методами компонентного анализа и лексико-семантических групп. Первоначально из высказываний выделялись отдельные слова, характеризующие основные признаки патологических телесных ощущений. Для каждого слова, пользуясь словарями, выделялись основные компоненты значения. Выделенные слова объединялись в лексико-семантические группы, т.е. ряды слов, близких по смысловому содержанию, принадлежащих к одному семантическому полю. Объединение слов в лексико-семантическую группу (ЛСГ) происходило вокруг интегрального семантического компонента, слова-доминанты, обладающего наиболее важным смысловым признаком, характерным для всей группы в целом. На следующем этапе использовалась объединяющая функция компонентного анализа, которая позволила за основными объединениями слов «увидеть» первичный, специфический смысл высказываний больного и выделить два тематических ряда.

Результаты клинико-семантического анализа подверглись формализации и статистической обработке с использованием СУБД FoxPro, электронных таблиц Excel и пакета математического анализа «Статистика» (кластерный, дисперсионный анализ).

Компонентный анализ лексики исследованных больных показал, что структура их высказываний имеет сравнительный характер и формируется с опорой на относительно небольшое число классифицирующих понятий, в соответствии с которыми были выделены следующие лексико-семантические группы (ЛСГ): *боль, жжение, давление (гиперпатический тематический ряд)* и *объем, плотность, форма, движение (паранатический тематический ряд)* [2].

Тематические ряды качественно отличаются друг от друга по степени выраженности протопатического компонента пато-

логических сенсаций. Лексические единицы гиперпатического тематического ряда (ЛСГ боль, жжение, давление) характеризуют патологическое усиление чувственного восприятия в целом, либо его отдельных составляющих. Термин «гиперпатический» отражает как усиление отдельных сторон телесного самовосприятия в переживаниях больного, так и неразрывно связанную с патологическими ощущениями витальную недифференцированную аффективность. Вне психического или физического страдания лексические единицы этого ряда употребляются для описания элементарной телесной чувствительности. Эти ощущения «привычны», хорошо известны «в норме» и имеют общепринятые словесные обозначения, закрепленные в языковой традиции.

Лексические единицы парпатического тематического ряда (ЛСГ объем, плотность, форма, движение) описывают физические свойства объектов окружающей действительности – предметов, противопоставленных воспринимающему субъекту. Только объекты окружающего мира (включая и собственное тело) могут обладать объемом, плотностью и формой, могут двигаться. Термин «парпатический» отражает ослабление собственно чувственного компонента патологических ощущений, описываемых в терминах данного тематического ряда.

Этимологический анализ классифицирующих категорий гиперпатического тематического ряда (табл. 2) позволил выдвинуть предположение об аффективной природе описываемых ими сенестопатий. Словесные обозначения эмоциональных переживаний и этимологически родственные им обозначения телесных ощущений (приведены на основе этимологических словарей М. Фасмера [6] и П.Я. Черных) [7].

Очевидно, что древние значения современных слов, выражающих оттенки душевного страдания, тесно перекликаются с современными значениями слов, описывающих телесную (древнюю) чувствительность.

Соответственно можно предположить, что высказывание больного о «давлении в груди» при протопатическом уровне реа-

гирования будет эквивалентно по смыслу высказыванию «у меня тоска», а жалоба «в груди горит» - сообщению «у меня горе»<sup>1</sup>.

Таблица 2

Этимологические связи между эмоциональными переживаниями и телесными ощущениями

Эмоциональный компонент	Этимологически родственный физический эквивалент	ЛСГ	Примеры высказываний больных
Печаль	Печь	Жжение (боль)	Припекание мозга... как будто кипятильником; шпаренье в груди – как горчичник запёк
Горе	Гореть, жечь	Жжение (боль)	Ощущение горения всего тела – как будто его обжигают кипятком; жжение внутри кислотой, щелочью
Грех	Греть	Жжение (боль)	Мозг чем-то нагревается или остужается; нагревается кора головного мозга
Стыд	Студить (но сгорать от стыда)	Жжение (боль)	На сердце как будто ледяной водой; холодное жжение в желудке
Мучение, мука	Мять, давить	Давление (боль)	Зажимание, сдавливание груди; как ребром ладони на мозг давит
Тоска, гнёт	Давить, теснить	Давление (боль)	Блуждающее давление в области лба и затылка; сильное давление с улицы на мозг
Грусть	Грызть	Боль (давление)	Тягость в груди – как грызет изнутри
Сожаление	Жалить, колоть	Давление (боль)	Проколами как шилом по всей голове; беспокойствие в области висков – как будто чем-то проткнули уши насквозь

<sup>1</sup> Вероятно, до появления на рубеже I-II тысячелетий в русском языке существительных, обозначающих эмоции, таких, как «тоска», «грусть», «печаль», употребление слов, указывающих на телесные ощущения, несущие угрозу, было, пожалуй, основным способом вербализации соответствующих эмоциональных состояний.

Более того, средний ряд таблицы представлен словами, обозначающими физическое воздействие на тело, несущее угрозу его существованию или, по крайней мере, наносящее вред здоровью (слово «давление» этимологически восходит к словам «душить», «умерщвлять», а «жжение» – «уничтожать огнем»). Кроме того, каждый из вышеперечисленных глаголов обозначает воздействие, способное причинять как физическую, так и душевную боль. И, наконец, физическая боль, сама по себе, также способна причинять душевную боль, что находит свое отражение в наиболее популярном определении боли, данном Международной ассоциацией по изучению боли (1994): «Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, возникающее в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей и изображаемое терминами такого повреждения».

Понятия, относящиеся к семантическому полю слова «боль», обозначаются в словарях такими значениями, как «скорбь», «бедствие», «несчастье», «гибель», «зло», «вред». Иными словами, в высказывании «мне больно» одновременно содержится как констатация самого страдания, так и, в скрытой форме, подразумевающийся источник этого страдания, имеющий значение опасности (зло, вред), угрожающей тому, кому больно. Можно предположить, что при психическом расстройстве изменения соматопсихического «Я», вызывающие душевные страдания (горе, печаль, тоску и т.д.), отчуждаются и трансформируются в переживаниях больного в описания физических ощущений (боли, жжения или давления).

Привнося в описание телесных ощущений такие физические характеристики объектов окружающей действительности, как *форма, объем, плотность, движение* (парапатический тематический ряд), больной стремится «опредметить» существующие необычные ощущения, объективизировать их, придать им статус реальности. Давая сенестопатиям предметные характеристики, больной как бы разделяет патологические ощущения и собственную телесность, пытается вынести сенсопатии за рамки привычного телесного чувствования, отчуждает, рассматривает их как нечто существующее отдельно от собственного «Я».

Таким образом, семантический анализ сложных разнообразных значений речевых высказываний при сенестопатиях позволил свести их к простейшим составляющим – первичным компонентам смысла, соответствующим биологическому значению протопатических реакций и сводящимся к указанию: 1) на реальность существующего страдания и 2) на латентную угрозу, исходящую из измененного телесного самовосприятия.

### Литература

1. *Аствацатуров М.И.* Сборник избранных трудов. Л., 1939. 437 с.
2. *Давтян Е.Н.* Клинико-семантическое исследование сенестопатий: автореф. дисс.... канд. мед. наук. СПб., 2002. 24 с.
3. *Крылов В.И.* Психопатология телесной перцепции // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. № 2. С. 15-20.
4. *Микуртумов Б.Е.* Клинико-семантические исследования в психиатрии. О специфичности психопатологической лексики // Педиатрия на рубеже веков: проблемы, пути развития. СПб., 2000. Ч. 1. С. 223-229.
5. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
6. *Фасмер М.* Этимологический словарь русского языка: в 4-х т.; под ред. О.Н. Трубачева. – М.: Прогресс, 1986: т. 1, 576 с.; т. 2, 672 с.; т. 3, 832 с.; т. 4, 864 с.
7. *Черных П.Я.* Историко-этимологический словарь современного русского языка: в 2-х т; 3-е изд. М., 1999: т. 1, 624 с., т. 2, 560 с.
8. *Head H., Rivers W.* A human experiment in nerve division // Brain. 1908. Vol. 31. P. 323-450.

---

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

## ДИНАМИКА СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Д.В. Гартфельдер**

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

Медицинским психологам и другим специалистам в области психического здоровья, работающим в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, большое внимание приходится уделять не только обеспечению условий, препятствующих нарушению личностной и социальной адаптации пациентов в процессе терапии, но и оценке соотношения преморбидных и сформированных в ходе заболевания под влиянием различных воздействий особенностей поведения, а также возможных вариантов проявления этих особенностей в постгоспитальный период.

Поскольку взаимосвязь патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний в большинстве теоретических концепций связывается и с особенностями межличностных отношений, необходимость изучения особенностей взаимоотношения кардиологических больных с ближайшим окружением и выбора той или иной стратегии поведения, позволяющей достичь желаемой цели (как правило, выздоровления), обуславливает актуальность изучения динамики этой поведенческой стратегии во время пребывания на стационарном лечении и является целью нашего исследования.

Исследование охватило 127 пациентов (52 мужчины, 77 женщин), находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Республиканского кардиологического диспансера в г. Чебоксары. За помощью впервые обратились 55 пациентов (в тексте обозначены как пациенты группы Ft), повторно – 72 (обозначены как группа Cr). Для изучения особенностей личности и межличностных взаимоотношений использовался ком-

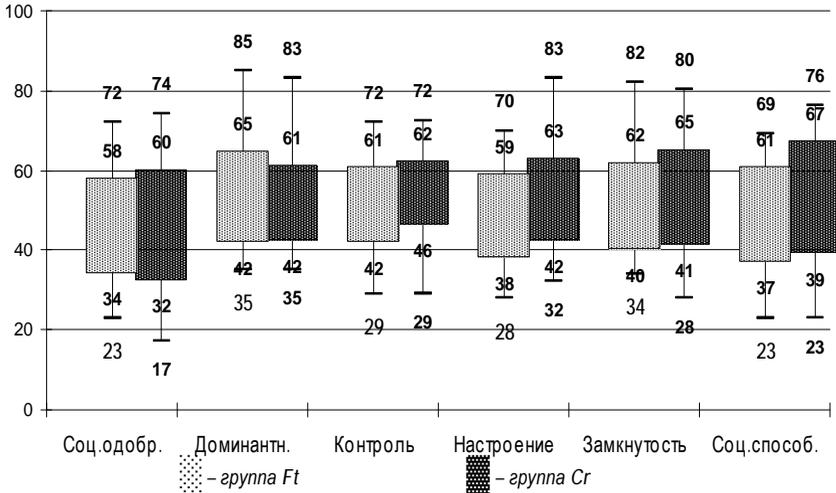
плексный психодиагностический набор, включающий в себя авторскую социодемографическую анкету, дополненную анамнестической информацией, Гиссенский личностный опросник (Гиссенский тест), "Я"-структурный тест Г. Амона (ISTA) и методику оценки психического здоровья (МОПЗ).

Анализ данных, полученных с помощью анкеты, позволил выявить, что значение большинства социодемографических показателей – возраста, пола, семейного положения, отношения к вере – гомогенно; различаются они незначительно, поскольку и первичные, и обратившиеся за помощью повторно пациенты составляют одну общую группу кардиобольных. Тем не менее, опыт пребывания в лечебном учреждении во многом зависит от характера заболевания: больные с заболеваниями периферических сосудов составляют большую часть первичных пациентов, а с заболеваниями сердца – имеющих опыт обращения ( $t=2,33$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Усреднённые профили *Гиссенского личностного опросника (Гиссенского теста, ГТ)* в изучаемых группах представлены на рисунке. Как видно на рисунке, диапазон значений многих шкал в группах Ft и Сг совпадает. Исключением являются шкалы преобладающего настроения и социальных способностей, показатели которых у пациентов группы Сг несколько выше, чем у пациентов группы Ft, а также шкала доминантности, по которой наблюдается обратная картина.

По шкале социального одобрения наблюдается больший размах значений в группе Сг (что, в частности, нашло отражение в большей поляризации значений шкалы и небольшом сдвиге показателей к верхнему полюсу), что указывает на отсутствие тенденции к определённому изменению способности взаимодействовать с окружающими людьми. Одни пациенты считают, что качество их социальных контактов стало хуже, другие – что осталось на удовлетворяющем их уровне. При этом, по нашему мнению, в последнем случае социальные отношения иногда теряют свою значимость, в силу чего связанные с ними негативные явления пациентами игнорируются (например, ради сохранения своего внешнего вида пациенты не будут жертвовать сво-

им здоровьем и спокойно воспринимают тот факт, что их внешний вид не будет соответствовать доболезненному состоянию).



Значения шкал ГТ в изучаемых группах

У пациентов группы Ft высокие значения шкалы социального одобрения, по-видимому, являются следствием того, что заболевание как угрозу их социальному статусу пациенты поначалу не рассматривают, считая, что оно не сильно повлияет на привычное течение их жизни. Лишь после того, как они узнают о возникающих ограничениях, связанных с заболеванием, эта проблема для них становится актуальной.

Хотя среднее значение по шкале доминантности в группе Ft выше, чем в группе Cr, доля нетерпеливых и стремящихся настоять на своём пациентов в обеих группах различается незначительно (12,5 % в группе Ft, 14,7 % в группе Cr). В данном случае присущие этой шкале поведенческие проявления могут явно не выражаться, однако при этом могут находить своё отражение в позиции пациентов в ходе терапии. При всём своём несогласии и непринятии ситуации пациентами группы Ft они волей-неволей вынуждены беспрекословно выполнять требования лечащего врача, хорошо осведомлённого о заболевании и

его последствиях. У пациентов группы Сг, достаточно хорошо осведомлённых о своём заболевании и принимающих значимое доленое участие в процессе терапии, взаимоотношения с врачом приобретают коллегиальный характер, что расширяет их возможности выбора терапии, обсуждения её с врачом, отказа от неё и пр. Не манифестируя свою потребность в доминировании, пациенты группы Сг проявляют её в значимой для них сфере – заботе о своём здоровье.

В группе Ft высокие значения шкалы больше присущи пациентам-женщинам ( $r=-0,6077$ ;  $p\leq 0,01$ ), чьё поведение, помимо всего прочего, должно соответствовать определённой социальной роли. В группе Сг высокие значения шкалы чаще встречаются у пациентов с заболеваниями сердца ( $r=-0,6444$ ;  $p\leq 0,01$ ), которые в меньшей степени, чем пациенты с заболеваниями периферических сосудов, склонны не соглашаться с предлагаемыми методами лечения.

По шкале преобладающего настроения наблюдается увеличение доли высоких и уменьшение доли низких значений у пациентов группы Сг (по 12,5 % высоких и низких значений в группе Ft, 17,7 % высоких и 8,8 % низких значений в группе Сг), что свидетельствует о постепенном вытеснении из поведения пациентов стремления к независимости, повышению самокритичности и отказе от внешнеагрессивных реакций. Необходимость взаимодействовать с лечащим врачом приводит к тому, что, пациенты группы Сг менее склонны к аффективным вспышкам, направленным на лечащего врача, и вынуждены скрывать свои негативные эмоции. Подобное поведение позволяет им поддерживать сохранившиеся социальные отношения на должном уровне. По-видимому, с потребностью скрывать своё эмоциональное отношение и ощущением частичной социальной изоляции, возникшей из-за заболевания, также связано повышение в группе Сг доли пациентов с высокими значениями по шкале открытости-замкнутости (12,5 % в группе Ft, 23,5 % в группе Сг). Также отмечается, что высокие значения шкалы чаще встречаются у женщин ( $r=-0,3371$ ;  $p\leq 0,01$ ) и у пациентов, страдающих заболеваниями сердца ( $r=-0,2573$ ;  $p\leq 0,01$ ), что, как уже указывалось, связано с необходимостью соответствовать

гендерной роли и увеличением субъективно воспринимаемой тяжести заболевания.

По шкале социальных способностей в группе Сг отмечается некоторая поляризация выборов, заключающаяся в увеличении доли пациентов с высокими и низкими значениями шкалы (21,9 % низких и 18,8 % высоких значений в группе Ft, 23,5 % и 26,5 % – в группе Сг). Способность к непринуждённому общению, сильным чувствам и социальной активности у пациентов коррелирует с возрастом пациентов ( $r=-0,2756$ ;  $p\leq 0,01$ ). Помимо этого, в группе Сг выявлена взаимосвязь между высокими показателями шкалы и русской национальностью ( $r=-0,6694$ ;  $p\leq 0,01$ ). Уровень образования пациентов в изучаемых группах играет противоположную роль: в группе Ft он связан с социальной полнотностью ( $r=-0,6677$ ;  $p\leq 0,01$ ), а в группе Сг, напротив, приводит к увеличению показателей шкалы ( $r=0,6859$ ;  $p\leq 0,01$ ). Можно предположить, что позитивная оценка своих социальных способностей в обеих группах в большей степени присуща молодым пациентам, не занятым лишь борьбой со своим заболеванием, в достаточной степени самостоятельным даже в условиях лечебного учреждения и осознающим свои чувства и эмоции.

Подводя итог анализу результатов Гиссенского личностного теста, можно утверждать, что при переходе заболевания в «хроническую» форму пациенты, ранее не рассматривавшие его как серьёзную угрозу их образу жизни и социальному статусу, сосредоточиваются на заботе о своём здоровье, что, однако, в большей степени проявляется не в беспрекословном следовании требованиям лечащего врача, а в активизации собственных усилий в борьбе с заболеванием и снижении значимости тех социальных отношений, которые не связаны с этой целью. При этом ранее находившие разрядку вовне негативные эмоции теперь пациентами подавляются, поскольку могут негативно сказаться на значимых для пациентов социальных отношениях (в первую очередь с лечащим врачом и близкими родственниками).

Результаты *Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA)* указывают на преобладание у пациентов деструктивных (среднее значение шкал — 57,05 Т-балла) и дефицитарных (56,04 Т) показателей. Было отмечено, что у верующих пациентов выше

значения шкал дефицитарной агрессивности ( $r=0,3258$ ;  $p\leq 0,01$ ), деструктивного страха ( $r=0,3352$ ;  $p\leq 0,01$ ) и дефицитарного внешнего Я-отграничения ( $r=0,3262$ ;  $p\leq 0,01$ ). По-видимому, верующие пациенты гиперадаптивны к своему социальному окружению, более покладисты и поддаются воздействию со стороны окружающих людей, и вместе с тем испытывают страх одиночества, нового жизненного опыта и переживают по поводу своей вынужденной социальной безучастности.

Высокие значения шкалы социального одобрения ГТ коррелируют с высокими значениями шкал конструктивного внешнего Я-отграничения ( $r=0,3601$ ;  $p\leq 0,01$ ) и конструктивной сексуальности ( $r=0,3293$ ;  $p\leq 0,01$ ) и с низкими значениями шкал дефицитарной агрессии ( $r=-0,4126$ ;  $p\leq 0,01$ ), деструктивного внешнего Я-отграничения ( $r=-0,3130$ ;  $p\leq 0,01$ ), деструктивного и дефицитарного нарциссизма ( $r=-0,3491$ ;  $p\leq 0,01$  и  $r=-0,4228$ ;  $p\leq 0,01$  соответственно). Это свидетельствует о том, что уверенность в своей социальной привлекательности связывается пациентами с возможностью вступать в близкие, эмоционально насыщенные отношения, не «растворяясь» в них.

Шкала преобладающего настроения по ГТ связана со шкалами дефицитарной агрессии ( $r=0,5684$ ;  $p\leq 0,01$ ), деструктивного страха ( $r=0,3873$ ;  $p\leq 0,01$ ), деструктивными и дефицитарными проявлениями внешнего ( $r=0,3799$ ;  $p\leq 0,01$  и  $r=0,5213$ ;  $p\leq 0,01$ ) и внутреннего Я-отграничения ( $r=0,3658$ ;  $p\leq 0,01$  и  $r=0,4810$ ;  $p\leq 0,01$ ), а также со шкалами сексуальности: конструктивной ( $r=-0,4655$ ;  $p\leq 0,01$ ), деструктивной ( $r=-0,3740$ ;  $p\leq 0,01$ ) и дефицитарной ( $r=0,5362$ ;  $p\leq 0,01$ ). Следовательно, у страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями пациентов склонность к рефлексии и самокритичность, возможно, обусловлены такими качествами, как пассивность, страх нового жизненного опыта, внешняя социабельность наряду с отсутствием навыков эмпатического взаимодействия и слабой способностью непосредственно осознавать бессознательные потребности.

Высокие значения шкалы социальных способностей находятся в прямой взаимосвязи с деструктивным страхом ( $r=0,3906$ ;  $p\leq 0,01$ ) и внутренним Я-отграничением ( $r=0,3745$ ;  $p\leq 0,01$ ), дефицитарной сексуальностью ( $r=-0,4214$ ;  $p\leq 0,01$ ) и в обратной – с

конструктивным внешним Я-отграничением ( $r=-0,4425$ ;  $p\leq 0,01$ ), конструктивной и деструктивной сексуальностью ( $r=-0,4426$ ;  $p\leq 0,01$  и  $r=-0,3324$ ;  $p\leq 0,01$  соответственно). Восприятие себя способной к продуктивной конкуренции личности связано со способностью вести насыщенную эмоциональную жизнь, не боясь нового опыта.

Влияние гендерного фактора отмечается преимущественно по шкалам сексуальности: для пациентов-мужчин присуща деструктивная ( $t=2,4278$ ;  $p\leq 0,01$ ), а для пациентов-женщин – дефицитарная сексуальность ( $t=2,487$ ;  $p\leq 0,01$ ). Следовательно, пациенты-мужчины обладают меньшими способностями к глубокой эмоциональной близости и избегают подобных ситуаций, а женщины больше склонны к девальвации сексуальной сферы. В целом профиль пациентов-женщин приподнят по сравнению с профилем пациентов-мужчин.

Исходя из этих результатов, можно сделать вывод о том, что для кардиологических больных характерно преобладание деструктивных и в особенности дефицитарных форм поведения, среди которых основное место занимает проблема барьеров в социальном взаимодействии (агрессия, страх, отграничения).

Был проведён сравнительный анализ результатов данного исследования с результатами, полученными в ходе изучения более широкой выборке психически здоровых лиц, проживавших в городах и районах Чувашской Республики в 2001-2006 гг., а также с нормативными данными, полученными в ходе адаптации и рестандартизации русскоязычного варианта опросника ISTA сотрудниками СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева (табл. 1).

Прежде чем перейти к результатам сравнительного анализа, необходимо отметить, что отмечаются статистически достоверные различия по 12 шкалам из 18 между результатами, полученными в ходе исследования здоровой популяции Чувашии, и общероссийскими нормативными данными. Наиболее полное несоответствие наблюдается по функциям страха (С) и внешнего Я-отграничения (О), однако усреднённые показатели всех шкал находятся в диапазоне нормы и не свидетельствуют о наличии личностного дисбаланса [2]. Следовательно, наличие подобных

различий следует расценивать как определённую специфику здоровой популяции Чувашской Республики.

Как видно в табл. 1, существуют различия как между показателями кардиобольных и общероссийской нормативной выборки (также по 12 шкалам из 18, которые, однако, не совпадают с выявленными в вышеуказанном исследовании), так и между кардиобольными и нормативной выборкой по Чувашии (по 9 шкалам из 18).

Таблица 1  
Сравнительный анализ показателей шкал ISTA (вся выборка)

Шкала	Кардиобольные (исследование)		Нормативная группа в Чувашии (n=308) [2. С. 135]		Литературные данные (n=1000) [3. С. 287]		t-критерий Стьюдента	
	M <sub>1</sub>	σ <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	σ <sub>2</sub>	M <sub>3</sub>	σ <sub>3</sub>	1 vs 2	1 vs 3
A1	8,38	4,17	8,48	2,85	9,58	2,22	-0,198	<b>-3,270**</b>
A2	5,62	2,95	5,39	2,92	4,29	3,00	0,476	<b>2,814**</b>
A3	5,50	2,90	3,89	2,30	3,89	2,06	<b>4,116**</b>	<b>4,869**</b>
C1	7,55	3,75	7,24	2,31	8,28	2,21	0,741	<b>-2,030*</b>
C2	4,02	2,44	2,61	2,71	1,62	1,98	<b>3,207**</b>	<b>7,630**</b>
C3	4,36	2,35	3,46	2,31	3,87	2,20	<b>2,357*</b>	1,402
O1	8,10	3,88	8,06	2,15	8,59	2,23	0,089	-1,356
O2	5,33	2,71	3,46	2,31	4,16	1,65	<b>4,823**</b>	<b>4,370**</b>
O3	6,12	3,16	4,54	2,50	3,54	2,23	<b>3,711**</b>	<b>7,200**</b>
O'1	9,62	4,55	8,96	2,40	9,83	2,06	1,461	-0,606
O'2	5,38	2,81	3,61	2,36	3,72	1,65	<b>4,453**</b>	<b>6,163**</b>
O'3	5,83	3,12	5,17	2,62	4,77	2,49	1,502	<b>2,681**</b>
N1	8,14	3,97	8,65	2,40	8,86	2,08	-1,171	<b>-2,083*</b>
N2	5,05	2,74	3,37	2,52	3,47	1,98	<b>4,005**</b>	<b>4,970**</b>
N3	3,98	2,44	2,85	2,62	2,48	2,03	<b>2,634**</b>	<b>4,639**</b>
S1	8,33	4,15	8,37	2,92	8,53	2,86	-0,087	-0,436
S2	4,43	2,42	4,48	2,39	4,33	2,58	-0,137	0,229
S3	3,53	2,09	2,26	2,09	2,97	2,14	<b>3,602**</b>	1,610

Примечание. Отмеченные «\*\*» различия значимы на уровне  $p \leq 0,001$ ;  
отмеченные «\*» –  $p \leq 0,01$ .

В данном исследовании больший интерес представляют различия между выборкой здоровых лиц и кардиобольных, проживающих в Чувашской Республике. Статистически достоверные

на высоком уровне значимости различия обнаруживаются во всех шести группах шкал, что позволяет утверждать наличие специфических для сердечно-сосудистых больных особенностях Я-структуры.

У кардиобольных отмечены различия по шкалам дефицитарной агрессии (А3), деструктивного внутреннего Я-отграничения (О'2) и деструктивного нарциссизма (N2) в сравнении как с общероссийскими, так и с региональными нормами. Также было выявлено, что характерные для здоровых лиц, проживающих в Чувашской Республике, различия с общероссийской выборкой по шкалам конструктивной (А1) и деструктивной агрессии (А2), конструктивного страха (С1), конструктивного (О'1) и дефицитарного внешнего Я-отграничения (О'3) выявлены не были.

Рассмотрим шкалы, по которым отмечаются отличия от нормативной выборки в Чувашии. Причиной различий по шкале дефицитарной агрессии ( $t=4,116$ ;  $p\leq 0,001$ ) является нарастающая пассивность и ощущение пустоты, не свойственные испытуемым из нормативной группы. Различия по шкалам деструктивного ( $t=3,207$ ;  $p\leq 0,001$ ) и дефицитарного страха ( $t=2,3547$ ;  $p\leq 0,01$ ) указывают на противоречивые тенденции: с одной стороны, затруднения в сфере межличностных отношений, ипохондричность и опасения в связи с возможным одиночеством в будущем, с другой – отсутствие тревоги и эмоциональная девальвация жизненно важных событий. По-видимому, это объясняется неоднородностью выборки, поскольку при разделении её по нозологическому показателю среднее значение (в сырых баллах) деструктивного страха оказывается выше в группе пациентов, страдающих заболеваниями периферических сосудов (4,13 против 3,89), а дефицитарного – страдающих заболеваниями сердца (4,39 против 4,33), причём у первых по шкале конструктивного страха наблюдается статистически достоверное понижение показателей.

Значения деструктивной и дефицитарной шкал внешнего Я-отграничения также отличаются от нормативной выборки ( $t=4,823$ ;  $p\leq 0,001$  и  $t=3,711$ ;  $p\leq 0,001$  соответственно). Это характеризует кардиобольных как уступчивых по причине субъективного ощущения собственной слабости и незащищённости.

При этом они испытывают трудности в выражении своих эмоций, дистанцируются от окружающих, чрезмерно сосредоточены на самоконтроле своих поведенческих проявлений и ригидны в сфере межличностных отношений.

Деструктивное внутреннее Я-отграничение ( $t=4,453$ ;  $p\leq 0,001$ ), по-видимому, связано с усилением алекситимных проявлений и усиливает изоляцию от окружающих, поскольку сложности в понимании и восприятии собственных чувств не позволяет пациентам быть чувствительными в отношении других людей, сопереживать им. По шкале дефицитарного внутреннего Я-отграничения наблюдается статистически достоверный подъём у пациентов с заболеваниями сердца ( $t=3,091$ ;  $p\leq 0,001$ ), что сопровождается «спутанностью», переполнением различными чувствами, с которыми они не всегда могут совладать. Отметим, что алекситимные черты присущи данным пациентам в большей степени.

Деструктивный ( $t=4,005$ ;  $p\leq 0,001$ ) и дефицитарный нарциссизм ( $t=2,634$ ;  $p\leq 0,001$ ) указывает на неадекватную оценку пациентами себя и своих способностей, а также на стремление создать «буфер» между собой и окружающими, не дающий возможности критически оценить их личность. При этом в межличностных контактах пациенты остаются зависимыми от окружающих и не в состоянии перенести одиночество; они не всегда могут строить полноценные взаимоотношения, часто приносят в жертву свои потребности и интересы. Для кардиобольных подобные жертвы являются одним из немногих способов сохранения социальных связей, подвергающихся угрозе по причине заболевания; именно поэтому они готовы поступиться своими интересами ради блага лечения, пытаясь при этом «сохранить лицо», стараясь не демонстрировать собственную слабость.

Различия по шкале дефицитарной сексуальности ( $t=3,062$ ;  $p\leq 0,001$ ) больше свойственны пациентам с заболеваниями сердца ( $t=4,116$ ;  $p\leq 0,001$ ), у которых это, по-видимому, связано с неприятием собственного «больного» тела, невысокая оценка своей привлекательности. Нельзя исключать и фармакологическое воздействие и коморбидные проявления: приём лекарств, сопутствующие заболеванию депрессивные расстройства, соматове-

гетативные реакции. Данные о распространённости половой дисфункции у кардиологических пациентов, полученные в исследованиях отечественных и зарубежных учёных, сильно разнятся и составляют от 29 % до 75 % [1].

На основании выделенных особенностей Я-структуры можно попытаться охарактеризовать социально-психологические и личностные особенности, особенности межличностного взаимодействия и самоотношения кардиобольных. Преобладание в профилях пациентов различных клинических групп неконструктивных шкал свидетельствует о наличии проблем во взаимодействии с окружающими и вызванных ими трудностями социальной адаптации.

С целью выявления различий в двух срезах кардиобольных, имеющих различный опыт пребывания в лечебном учреждении, значения сырых баллов шкал ISTA в обеих группах сравнивались с нормативными показателями здоровых испытуемых (табл. 2). Наличие трёх срезов позволяет оценить, во-первых, различия показателей здоровых лиц и кардиобольных и, во-вторых, позитивную или негативную динамику изменений этих показателей при изменении характера протекания заболевания.

Как видно в табл. 2, у впервые обратившихся за помощью пациентов по сравнению со здоровыми людьми отмечается статистически значимое снижение показателей конструктивного нарциссизма ( $t=1,966$ ;  $p\leq 0,01$ ) наряду с увеличением деструктивного ( $t=2,392$ ;  $p\leq 0,01$ ), а также повышение по шкалам деструктивного внешнего ( $t=4,524$ ;  $p\leq 0,001$ ) и внутреннего Я-отграничения ( $t=3,279$ ;  $p\leq 0,01$ ), дефицитарных внешнего Я-отграничения ( $t=2,278$ ;  $p\leq 0,01$ ) и сексуальности ( $t=2,765$ ;  $p\leq 0,001$ ). Следовательно, пациентам группы Ft в меньшей мере, чем здоровой популяции, свойственна способность принимать поддержку со стороны окружающих; для них также характерны обеднение и снижение способности контролировать собственную эмоциональную сферу.

При переходе заболевания в «хроническую» форму отмечается значимое увеличение показателей дефицитарной агрессии ( $t=8,077$ ;  $p\leq 0,001$ ), деструктивного страха ( $t=7,255$ ;  $p\leq 0,001$ ), внутреннего Я-отграничения ( $t=7,480$ ;  $p\leq 0,001$ ) и нарциссизма

( $t=7,501$ ;  $p \leq 0,001$ ). При этом несколько увеличивается конструктивный нарциссизм и страх. Следовательно, изменение характера течения заболевания приводит к ухудшению социального взаимодействия, уходу в себя с повышением чувства собственной значимости.

Таблица 2

Сравнительный анализ показателей шкал ISTA

Шкала	Нормативная группа в Чувашии (n=308) [2. С. 135]		Пациенты группы Ft		Пациенты группы Cr		t-критерий Стьюдента	
	M <sub>1</sub>	σ <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	σ <sub>2</sub>	M <sub>3</sub>	σ <sub>3</sub>	1 vs 2	1 vs 3
A1	8,48	2,85	8,73	4,66	8,00	3,88	-0,530	1,195
A2	5,39	2,92	4,95	2,90	6,35	3,14	1,020	<b>-2,475*</b>
A3	3,89	2,30	4,55	2,52	6,55	3,29	-1,919	<b>-8,077**</b>
C1	7,24	2,31	7,23	3,90	7,90	3,79	0,033	-1,902
C2	2,61	2,71	2,95	1,98	5,20	2,86	-0,900	<b>-7,225**</b>
C3	3,46	2,31	4,09	2,39	4,65	2,42	-1,856	<b>-3,899**</b>
O1	8,06	2,15	8,59	4,39	7,55	3,53	-1,390	1,579
O2	3,46	2,31	5,05	2,83	5,65	2,75	<b>-4,524**</b>	<b>-6,976**</b>
O3	4,54	2,50	5,41	3,14	6,90	3,33	<b>-2,278*</b>	<b>-6,738**</b>
O'1	8,96	2,40	9,77	4,95	9,45	4,36	-1,898	-1,303
O'2	3,61	2,36	4,77	2,75	6,05	3,00	<b>-3,279**</b>	<b>-7,480**</b>
O'3	5,17	2,62	4,68	2,87	7,10	3,45	1,254	<b>-5,275**</b>
N1	8,65	2,40	7,86	4,14	8,45	3,98	<b>1,966*</b>	0,552
N2	3,37	2,52	4,23	2,49	5,95	3,05	<b>-2,329*</b>	<b>-7,501**</b>
N3	2,85	2,62	3,09	1,95	4,95	2,87	-0,650	<b>-6,011**</b>
S1	8,37	2,92	9,10	4,67	7,47	3,81	-1,528	<b>2,205*</b>
S2	4,48	2,39	4,24	2,47	4,63	2,51	0,688	-0,480
S3	2,26	2,09	3,10	1,91	4,00	2,32	<b>-2,765**</b>	<b>-6,223**</b>

Примечание: отмеченные «\*\*» различия значимы на уровне  $p \leq 0,001$ ; отмеченные «\*» –  $p \leq 0,01$ .

Полученные результаты объясняют, почему при сравнении показателей методики оценки психического здоровья (МОПЗ) отмечается достоверное превышение по шкале деструктивности ( $t=2,7499$ ;  $p \leq 0,01$ ) и дефицитарности ( $t=2,8494$ ;  $p \leq 0,01$ ) в группе Cr. Сравнительный анализ индексов, подвергшихся процедуре нормализации, показал, что в целом по выборке значения индекса  $T\alpha$  находятся в пределах нормативного диапазона (-10...+10) у 66,7 % испытуемых, индекса  $T\beta$  – у 52,4 %. При этом

в группе Ft доля значений в нормативном диапазоне составляет соответственно 68,2 и 72,7 %, а в группе Cг – 65 и 35 %, причём доля низких значений шкалы увеличивается с 13,6 до 35 %. Следовательно, при изменении характера протекания заболевания выраженность психопатологических проявлений не возрастает, однако повышение уровня психической активности личности приводит к постепенному истощению адаптационного ресурса пациентов группы Cг, которым приходится использовать его для поддержания активности в ходе лечения и для сохранения значимых социальных взаимосвязей. Возможно, что именно в связи с этим отмечается резкий рост показателей дефицитарных шкал.

В целом можно заключить, что на фоне оскудения и снижения качества межличностного взаимодействия при переходе заболевания в «хроническую» форму усиливается роль эмоционально-аффективных воздействий (в первую очередь иррационального страха внезапной смерти), что приводит к снижению способности дифференцировать значимые и несущественные показатели, причём у части пациентов эти проявления усиливаются выраженными алекситимными чертами. Переживание подобной трансформации усиливает страх стать зависимым от других людей, а увеличение деструктивно-дефицитарных тенденций шкал нарциссизма усугубляет субъективное ощущение внутренней пустоты, невозможности эмоционального включения в жизнь общества и непонимания со стороны окружающих. При этом усилия пациентов направляются в первую очередь в сферы, непосредственно связанные с коррекцией своего состояния, что приводит к ухудшению их социальной активности во всех прочих сферах.

На наш взгляд, в подобном случае можно выделить четыре основные мишени для психотерапевтической интервенции, тесно взаимосвязанные друг с другом: межличностное взаимодействие, поведенческие и эмоциональные реакции на заболевание, эмоционально-психические состояния и процесс трансформации аффективных реакций. При этом ещё до начала психотерапевтического процесса необходимым этапом, выполнение которого лежит на лечащем враче и в особенности на медицинском пси-

хологе, является получение от пациента информации об актуальных конфликтах и психологическом «преморбиде» личности, поскольку восприятие ближайшего социального окружения и отношение к нему во многом детерминируют выбор стратегии поведения пациента в ходе терапии.

### Литература

1. *Добровольский А.В.* Половая дисфункция у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Психокardiология / А.Б. Смуулевич и др. М.: МИА, 2005.
2. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: изд-во ЧГУ, 2006. 383 с.
3. *Очерки динамической психиатрии.* Транскультуральное исследование; под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб., 2003. 438 с.

## ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ У ОСУЖДЁННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ

**М.П. Сергеев**

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

Целью уголовно-исполнительного законодательства при применении наказания в виде лишения свободы, как и при применении других видов наказания, является исправление осужденных и предупреждение совершения ими новых преступлений, что невозможно без учёта индивидуальных особенностей их личности и характера (ст. 1 и ст. 109 Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации).

Одной из важнейших проблем в изучении личности преступников, отбывающих наказание, является выбор методик психологического изучения и оценки личности данного контингента с учётом задач, поставленных уголовно-исполнительным законом. По нашему мнению, одной из таких методик является Я-структурный тест Аммона (ISTA) (Ю.Я. Тупицин с соавт., 1998), который выявляет трёхмерное изменение Я-функций (в конструктивной, деструктивной и дефицитарной формах их проявлений) и может быть использован для реализации психотерапевтического (психодинамического) подхода в работе с осужденными.

Основопологающим понятием личности, согласно концепции Г. Аммона (1995), является Я-идентичность, опосредованная структурой центральных Я-функций: агрессивностью (деятельная активность Я), страхом (тревога), внешним Я-отграничением (контроль внешних границ Я), внутренним Я-отграничением (контроль внутренних границ Я), нарциссизмом (степень целостного принятия своего Я), сексуальностью (способность к установлению партнёрских отношений).

Бессознательные поведенческие программы, усвоенные в детстве, в процессе взаимодействия со средой могут: 1) носить конструктивный характер, способствуя расширению возможностей личности, её оптимальной адаптации в среде, интеграции и

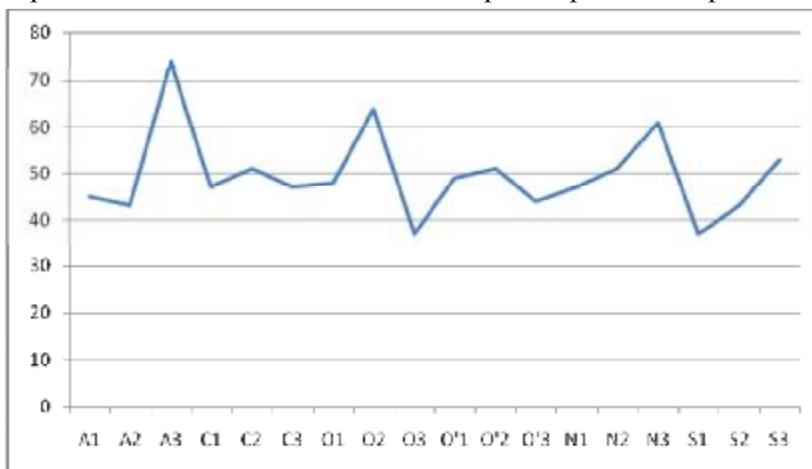
развитию Я-идентичности; 2) действовать деструктивно – деформировать личностную структуру, дезадаптировать, дезинтегрировать процесс Я-идентичности; 3) блокировать, ограничивать, препятствовать необходимой дифференциации и развитию психических функций, формированию конструктивной, здоровой личности, снижать интенсивность динамических межличностных взаимодействий и порождать функциональный интрапсихический дефицит.

С помощью Я-структурного теста обследовано 1170 осужденных к лишению свободы за различные преступления, отбывающих наказание в исправительных учреждениях ЧР, в возрасте от 18 до 72 (32,2+12,0) лет. Из них: удельный вес женщин составил 61, мужчин – 39; горожан – 74, сельчан – 26%; лиц, не имеющих семьи – 81,3, имеющих семью – 19,7%; с начальным образованием – 2,3, неполным средним – 16,3, средним – 44,7, средним специальным – 28,8, незаконченным высшим – 3,7, высшим – 3,2%.

В личностном профиле осужденных к лишению свободы показатели категорий: агрессивность, нарциссизм и сексуальность увеличиваются в порядке от конструктивных шкал к деструктивным и дефицитарным (рисунок). Показатели категорий: тревожность, внешнее и внутреннее ограничение увеличиваются от конструктивных шкал к деструктивным, и снижаются к дефицитарным. Наиболее отклоняющимися от нормы (40-60 Т баллов) являются показатели дефицитарной агрессии, внешнего деструктивного Я-отграничения, внешнего дефицитарного Я-отграничения, дефицитарного нарциссизма, конструктивной сексуальности.

В личностном профиле осужденных к лишению свободы отмечается повышение показателей дефицитарной агрессии (74 балла). Данная тенденция проявляется в неспособности осужденных к установлению эмоционально «тёплых» межличностных контактов, снижении предметной активности, сужении круга интересов. У них существенно затруднена возможность открытого проявления своих эмоций, чувств, переживаний, претензий и предпочтений. Недостаток активности в какой-то мере компенсируется нереалистическими фантазиями, несбыточными

планами и мечтами. В эмоциональных переживаниях на передний план выступают чувства собственного бессилия, некомпетентности, ненужности, ощущение пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Для них характерна пассивная жизненная позиция, отчуждение собственных планов, интересов и потребностей. Они склонны откладывать принятие решений и неспособны прикладывать сколько-нибудь значительные усилия для достижения поставленных целей. В межличностных ситуациях, как правило, демонстрируются уступчивость, зависимость и стремление к избеганию каких-либо противоречий, конфликтов.



Личностный профиль осужденных по результатам теста Амона:

A1 – конструктивная агрессия; A2 – деструктивная агрессия; A3 – дефицитарная агрессия; C1 – конструктивный страх; C2 – деструктивный страх; C3 – дефицитарный страх; O1 – конструктивное внешнее Я-отграничение; O2 – деструктивное внешнее Я-отграничение; O3 – дефицитарное внешнее Я-отграничение; O'1 – конструктивное внутреннее Я-отграничение; O'2 – деструктивное внутреннее Я-отграничение; O'3 – дефицитарное внутреннее Я-отграничение; N'1 – конструктивный нарциссизм; N'2 – деструктивный нарциссизм; N'3 – дефицитарный нарциссизм; S'1 – конструктивная сексуальность; S'2 – деструктивная сексуальность; S'3 – дефицитарная сексуальность.

Учитывая разницу между показателями дефицитарной агрессии (74 балла) и показателями конструктивной и деструктивной агрессии (по 45 баллов), можно говорить об определённой тенденции среди осужденных скрывать своё эмоциональное напряжение, связанное с неудовлетворённостью собственных по-

требностей в условиях изоляции и всевозможных ограничений. Данное обстоятельство может проявляться в психосоматических реакциях, а также ситуационно обусловленной импульсивности в ответ на проявления эмоциональной экспрессии окружающих. При этом эмоциональный и поведенческий ответ может не соответствовать внешнему раздражителю, проявляясь на фоне относительного благополучия.

Повышение показателя по шкале внешнего деструктивного Я-отграничения (64 балла) выражается в том, что осужденные в условиях изоляции как бы выстраивают барьер по отношению к окружающему миру. Деструктивная среда с её враждебной атмосферой и генерализованным запретом на проявление активности требует обособления без коммуникации. Другими словами, деструктивная среда принуждает осужденного развиваться и действовать не в собственных, а в строго заданных, предписанных ею жёстких границах.

Снижение показателя по шкале внешнего дефицитарного ограничения (37 баллов) говорит о том, что у осужденных в условиях запрета на проявление активности наблюдается внутренний протест против ощущений собственной слабости, беспомощности и незащищённости, проявляемый в виде неконформности с негативным отношением к сотрудникам администрации исправительных учреждений.

Анализ шкал внутреннего Я-отграничения показывает, что осужденные демонстрируют, с одной стороны, «хорошее» самопонимание, а с другой – избыточный рационализм, жёсткий контроль над своими мыслями, эмоциональными переживаниями, насущными потребностями («ригидная сверхконтролируемая замкнутость»). В поведении это может проявляться во внешней «сухости», нечувствительности к эмоциям и потребностям других, педантичности, формальном следовании жёстко регламентированным правилам среды как формы сублимации. Недостаточность сублимации как формы перевода неудовлетворённых желаний в какую-либо деятельность, приемлемую в данной среде, может проявляться у осужденных в неуместных высказываниях, действиях и поступках, несчастных случаях, нечаянных травмах, провоцирующем (виктимном) поведении.

Повышение уровня по шкале дефицитарного нарциссизма до 61 балла может свидетельствовать о недостаточном (рудиментарном) развитии чувства собственного достоинства и автономии. Речь идёт о низкой способности воспринимать неповторимость и единственность своего существования, придавать значение своим желаниям, целям, мотивам и поступкам, отстаивать собственные интересы и иметь самостоятельные взгляды, мнения и точки зрения. Большое значение в проявлении данной тенденции принадлежит «пустоте» дефицита окружающей осужденных обстановки, что выражается в атмосфере холода, безразличия и равнодушия. Возможно, данная тенденция является, в том числе, и отражением проекции родительско-детских отношений в семье осужденных. Фактически именно этот дефицит любви, нежности и собственно человеческой заботы в родительских семьях осужденных препятствовал формированию у ребёнка собственных границ, выделению себя и становлению первичной Я-идентичности и, в дальнейшем, почти фатально предопределял глубокий «нарциссический голод». В поведении дефицитарный нарциссизм проявляется низкой самооценкой, неуверенностью в себе, в своих возможностях, силе и компетенции, пассивностью, конформностью, невозможностью устанавливать и поддерживать «полюценные» межличностные контакты без ущерба своим интересам и планам, необходимости нарциссического «питания» извне.

Снижение показателей конструктивной сексуальности (37 баллов) проявляется в недостаточной способности к партнёрскому сексуальному взаимодействию. Сексуальная активность в условиях изоляции либо отсутствует, либо стереотипизирована, обеднена, имеет гомосексуальный (обязательный в женской субкультуре) характер. Эротические фантазии либо активно вытесняются, либо приобретают явно эгоцентрический характер, где партнёр воспринимается лишь как объект для удовлетворения собственных желаний. Данная тенденция низкой способности к партнёрскому взаимодействию, по нашему мнению, наблюдалась у испытуемых ещё до осуждения, так как подавляющее большинство из них не имели собственной семьи. При этом

лишь у половины одиноких испытуемых был постоянный сексуальный партнёр.

Нужно отметить, что снижение показателей конструктивной сексуальности должно, как правило, сочетаться с повышением показателей деструктивной либо дефицитарной сексуальности, что отражало бы конкретный характер нарушения этой функции. Отсутствие данной тенденции, по нашему мнению, свидетельствует об избегании, отрицании сексуальной тематики осужденными, как угрожающей их статусу. Осужденные выставляют себя в «лучшем свете», отщепляя желания-фантазии от собственной личности.

Таким образом, для осужденных в местах лишения свободы характерны: отсутствие собственной позиции и способности к конфронтации, склонность к психосоматическим реакциям, ригидная сверхконтролируемая замкнутость, слабое чувство собственного достоинства, нарциссический «голод», обеднение и искажение сексуальности. Данный профиль личности является «пограничным», смешанным: дефицитарно-деструктивным. Стремление быть, как все, поступать, как все, сочетается у данного типа лиц со скрытой враждебностью, протестом против существующих рамок. Они склонны действовать импульсивно в ответ на проявления эмоциональной экспрессии окружающих, реагировать протестом против ощущений собственной слабости, беспомощности и незащищённости агрессивными либо аутоагрессивными действиями.

Остаётся открытым вопрос: такие личностные особенности осужденных формирует пенитенциарная среда либо осужденные уже приходят туда с такими чертами, чтобы стать материалом для среды? Вероятно, пенитенциарная среда является в чём-то схожей с родительской (семейной) средой испытуемых: и здесь, и там существует «холодность», «пустота дефицита», безразличие к тебе, как к личности, и там и здесь – жёсткие требования соответствия нормативным требованиям. Однако отсутствие достоверных различий в личностном профиле осужденных мужчин и женщин и в основных криминальных группах (лиц, совершивших преступления против жизни и здоровья и против

собственности), может говорить о формировании особой структуры личности – личности осужденного.

Как известно, лишение свободы – это сильнейший стресс для большинства людей. Наслаиваясь на личностные особенности, он может вызвать социально-психологическую дезадаптацию заключённого: ауто- и гетероагрессивные действия, нарушение режима содержания, преступления. Сильные негативные переживания осужденных возникают, как правило, из-за неудовлетворённых потребностей частной жизни, безопасности, свободы, социальной и эмоциональной поддержки, активности.

На начальных этапах нахождения в пенитенциарном учреждении у значительной части молодых осужденных наблюдаются симптомы повышенной тревожности, перевозбуждения и депрессии. С течением времени, по мере привыкания к условиям места лишения свободы снижается интенсивность негативных переживаний, под воздействием пенитенциарной среды (официальной и неофициальной) стираются грани между различными типами личности и формируется новый тип – личность осужденного.

Этой личности присущи усвоение и закрепление социально-групповых норм, ценностей, традиций «тюремной субкультуры», акцентуация таких свойств, которые в обычных условиях свободной жизни у них не проявлялись, например, враждебное отношение к людям и обществу в целом. По данным Е.С. Оленко с соавт. (2008), при заключении свыше 24 мес. у психически здоровых лиц достоверно увеличивается значение возбудимо-экзальтированного типа личности, который характеризуется неадекватной раздражительностью со вспышками гнева, повышенной конфликтностью, т.е. психопатическими (аномальными) реакциями.

Формирование личности осужденного существенно затрудняет воспитательный эффект исправительных программ в отношении лиц, осужденных к лишению свободы, что требует новых подходов в психодиагностической и психокоррекционной работе.

## О СУБЪЕКТИВНЫХ СЕМАНТИЧЕСКИХ ПРОСТРАНСТВАХ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Е.Ю. Устина, Е.Л. Николаев**

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

Соматическое заболевание оказывает серьезное влияние на человека. Его душевная жизнь и поведение в условиях болезни претерпевает значительные изменения, хотя меняются не сами психические процессы, а вызванные наличием болезни условия их протекания. Болезнь при этом выступает в качестве биологической предпосылки изменения привычного образа жизни, отношения к окружающему миру, работе, близким людям, самому себе и, как следствие, переоценки личностных смыслов и изменение сознания больного [1].

В 1957 году А.Р. Лурией был предложен термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Образование ВКБ является результатом адаптационной реакции человека на изменившиеся условия его существования. Внутренняя картина болезни характеризуется прежде всего интеллектуальной интерпретацией диагноза заболевания, когнитивной оценкой его тяжести и прогноза, а также формированием эмоционального и поведенческого паттернов [4, 8].

Для пациента ВКБ складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценке их значения для будущего, а также реагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний, выбора действий и поведения в изменившихся для него условиях. Изучением реагирования на то или иное заболевание соматических больных разной нозологии с учетом их характерологических черт занимаются как психологи, так и врачи в русле «интегративных моделей» психосоматических расстройств [6, 7].

Согласно Б.В. Зейгарник [2], в выполнении любого экспериментально-психологического задания проявляются личностные особенности больного, поэтому они должны изучаться не

только специальными направленными на них методами, но и через учет их влияния на поведение и познавательную деятельность. «О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности», – считает Б.В. Зейгарник.

Происходящие изменения затрагивают, в том числе, и смысловые составляющие сознания. Изучение реперезентативных особенностей смысловых пространств больных с помощью метода семантического дифференциала (Ч. Осгуд, В.Ф. Петренко) позволяет отметить и зафиксировать эти процессы, что важно для выявления особенностей формирования субъективной картины болезни и для более углубленного индивидуального подхода и оказания помощи больному в формировании у него более адаптивной ВКБ [3, 5].

Цель нашего исследования состояла в выявлении особенностей влияния соматического заболевания на характер и профиль изменения семантических пространств у терапевтических больных для выявления условий формирования у больного более адаптивной внутренней картины болезни.

В экспериментальной процедуре приняли участие 91 испытуемый (46 пациентов с различными терапевтическими заболеваниями и 45 здоровых добровольцев, давших согласие на участие в эксперименте). Данные, полученные у группы пациентов стационара, сравнивались с результатами, полученными у здоровых испытуемых.

В качестве экспериментальной методики было решено использовать метод семантического дифференциала. Построение субъективных семантических пространств широко используется в наше время как психологами, так и социологами. Этот метод позволяет выявлять и исследовать мало осознаваемые челове-

ком аффективные структуры, не существующие в словесной форме, в языковых системах. Они имеют психологическую природу, связаны с личностным смыслом, который всегда сугубо индивидуален. Язык – это надындивидуальное образование. И, добываясь от испытуемого информации с его аффективного уровня, мы, как правило, получаем ее с когнитивного. Когнитивная информация имеет совершенно другую природу. Она рациональна, непсихологична (описывает объект), нормативно окрашена и зависима от социального окружения. Когнитивный компонент находится под непосредственным, наиболее сильным давлением событий и их массовой интерпретации. Ситуация опроса вносит довольно сильные изменения именно на этом уровне осознания индивидом каких-либо явлений, поэтому соответствующая информация может быть весьма неопределенной [7].

Экспериментальная процедура для получения данных методом вербального семантического дифференциала заключалась в следующем: пациенты стационара и здоровые испытуемые с помощью 41 пары антонимичных прилагательных давали оценку шести заданным понятиям с помощью семибалльной шкалы (от -3 до +3, включая 0). Полученные результаты подвергались процедуре факторного анализа. В результате обработки полученных данных были выделены факторные структуры на основе индивидуальных данных для каждого понятия и семантические пространства, образованные для наиболее интересующих нас понятий «здоровье», «болезнь» и «я».

Основными, наиболее интересными для отражения формирования смысловых составляющих ВКБ, являются понятия «болезнь», «здоровье» и «я». Поэтому кроме индивидуальной оценки каждого понятия также было рассмотрено и семантическое пространство, сформированное для этих понятий. У пациентов стационара семантическое пространство понятий «здоровье» «болезнь» и «я» было образовано семью четко очерченными в смысловом плане факторами (т.е. все входящие в фактор шкалы имеют общее смысловое значение), из которых тремя базовыми (формирующими смысловое пространство) были: «Оценка» (46,06 % от общего числа показателей), «Сложность» (6,82%) и «Обычность» (5,1%), а также фактор «Значимость» (3,09%), об-

разованный из шкал факторов «Сложность» и «Сила». В состав пятого фактора вошли шкалы: «возбужденный – расслабленный» (0,63), «быстрый – медленный» (0,22), «порывистый – плавный» (0,47), «страстный – равнодушный» (0,23), «громкий – тихий» (0,65). Соответственно он получил название «Активность» (3,15%). Шестой фактор, образованный шкалой «упругий – пластичный» (0,86), также получил название «Активность» (2,9%). Кроме того, определен фактор «Устойчивость» (2,7%), состоящий из шкал факторов «Упорядоченность» и «Сложность». У пациентов с соматическими заболеваниями при общей независимости полученных факторных структур наблюдалась определенная согласованность для факторов «Оценка» и «Значимость» ( $r=0,65$ ), «Оценка» и «Устойчивость» ( $r=0,70$ ) и для факторов «Значимость» и «Устойчивость» ( $r=0,57$ ).

В группе здоровых испытуемых семантическое пространство исследуемых понятий было образовано пятью факторами – «Оценка» (48,52 % от общего числа показателей), «Активность» (7,65%), «Сложность» (6,46%), «Сила» (3,9%) и «Обычность» (3,56%). Внутренняя согласованность получена для факторов «Оценка» и «Активность» ( $r=0,42$ ); «Оценка» и «Сила» ( $r=0,65$ ), «Активность» и «Сила» ( $r=0,51$ ).

Соматическое заболевание и связанные с ним эмоциональные переживания глубоко и широко затрагивают личностные смысловые структуры, становясь частью внутреннего «личностного образа» как бы частью «я». Определение понятий «здоровье», «болезнь» и «я» для группы пациентов стационара носило более разнообразную субъективную характеристику, что и выразилось в большем числе осей факторов, формирующих смысловое пространство, чем для здоровых испытуемых. Внутригрупповая согласованность определена для факторов, имеющих смысловую репрезентацию таких семантических черт, как «Значимость» и «Устойчивость».

У здоровых испытуемых набор полученных факторов не отражал высокую степень субъективной значимости этой совокупности понятий. Согласованность наблюдалась для основных базовых факторов «Оценка», «Активность» и «Сила», которые отражают формирование в основном денотативных смысловых

структур понятий, обладающих не столь высокой личностной (коннотативной) значимостью.

Таким образом, соматическое заболевание как важное жизненное событие оказывает значительное влияние на изменение индивидуальной системы значений, которая выражается в своеобразии формирования семантических пространств, что проявляется в значительных различиях семантических характеристик заданных понятий в группе пациентов с соматическими заболеваниями и в группе здоровых испытуемых. Наиболее наглядно это характеризует понятия с высокой эмоциональной индивидуальной значимостью – «здоровье», «болезнь», «я».

### Литература

1. *Выготский Л.С.* Психология развития человека. М., 2003.
2. *Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С.* Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журн. 1989. № 2. С. 122-132.
3. *Лурия А.Р.* Язык и сознание. М., 1979.
4. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002.
5. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. СПб., 2005.
6. *Акцентуация биопсиходинамических характеристик индивидуальности как фактор риска ишемической болезни сердца / В.В. Плотников [и др.] // Психол. журн. 2002. № 3. С. 63-77.*
7. *Торчинская Е.Е.* Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу // Психол. журн. 2001. № 2. С. 27-35.
8. *Тхостов А.Ш., Арина Г.А.* Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 32-38.

---

# ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

## КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ЦЕРЕБРАСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ШКОЛЬНИКОВ

**В.Т. Лекомцев**

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск*

Проблема школьной неуспеваемости достаточно серьезна: она привлекает внимание не только педагогов, но и специалистов смежных специальностей, психологов, психиатров, социальных работников. Неуспеваемость является одной из основных причин школьной дезадаптации. Исследования [1, 2, 4-6] показывают своеобразие микро- и макросоциальных, также педагогических факторов в популяции неуспевающих школьников. Большинство детей, имеющих затруднения в обучении чтению – дети с минимальными мозговыми дисфункциями (ММД), психопатологически проявляющимися различными вариантами церебрастенического синдрома, при котором происходит неравномерное поражение предпосылок интеллекта, эмоционально-волевой сферы [2, 3, 6-10]. Это дети, имеющие срыв адаптационных систем в процессе созревания головного мозга и проявления ММД.

Дети с церебрастеническим синдромом имеют значительные трудности в обучении вследствие различного сочетания, а также различной тяжести следующих расстройств: нарушения в избирательном внимании вплоть до легкого отключения внимания; затруднения в контроле своих импульсов; трудности в поддержании соответствующей заданию активности; проблемы в планировании и организации познавательных заданий; трудности в понимании и ответах на вопросы; затруднения в выполнении указаний учителя; неумение переносить неудачи. Обычно эти проблемы

сочетаются в различных комбинациях и ведут к ухудшению в учебе, а также негативно влияют на память, последовательность в выполнении действий, двигательные навыки, речь, сон, настроение. Такому ребенку трудно согласовать свои действия с общественными требованиями. Подобные расстройства могут сочетаться с расстройствами высшей корковой функции, включая нарушения двигательной активности, познавательных способностей, общения и социального статуса ребенка.

Годовое увеличение числа таких детей составляет в среднем 3-6%, то есть при сохраняющейся тенденции через 10 лет их число может достичь уровня 30-40%. Это не только зреющая социальная, но и актуальная медико-психолого-педагогическая проблема. Дело в том, что эти дети начинают испытывать отвращение к учебе вообще. Эти очень умные дети быстро становятся «коридорными», «дворовыми» и являются реальным резервом пополнения подростковых криминальных группировок.

Общество только начинает осознавать надвигающуюся опасность. На конгрессе по детской психиатрии в 2001 г. из 350 опубликованных докладов более половины были посвящены проблеме пограничных состояний нервно-психического развития [12]. По данным литературы, в России число таких детей пока составляет 15-21% от популяции, в различных странах Западной Европы – 26-34%, а в США – до 42% детей. Причем это дети из всех социальных слоев населения.

Поскольку дети с церебрастеническим синдромом являются серьезной социальной и медико-психолого-педагогической проблемой, очевидно, что для ее решения необходимы совместные усилия систем здравоохранения, образования, а также создание специальных социальных программ.

**Церебрастенический синдром (ЦС)** – это относительно легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную невыраженную, стертую неврологическую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений. Несмотря на резко выраженные проявления церебральной патологии, церебрастенический синдром требует тонкой психопатологической квалификации и соответствующего лечения. В этом состоит ме-

дицинский аспект проблемы. Для психолога неврологический дефект ребенка выступает как данность, с которой он сделать ничего не может, да и не должен. Однако суть этого дефекта необходимо понять, чтобы проследить последствия его отрицательного влияния на развитие психических процессов и поведение ребенка в целом и принять меры для их предупреждения и минимизации.

В неврологии ЦС не выступает в качестве серьезного дефекта. Детей с легкими функциональными отклонениями уже в возрасте одного-двух лет снимают с диспансерного учета, и если родители не проявляют беспокойства, то врачи больше ими не занимаются. Ребенок взрослеет, а дефект остается, постепенно обрастая вторичными отклонениями в психическом развитии. С началом обучения в школе этот процесс может пойти лавинообразно. В итоге ребенок попадает или к дефектологу, или к психиатру, или к обоим специалистам одновременно. Они и описывают целостно тот комплекс отклонений, с которым им приходится работать.

По существующим публикациям известно, что дети с ЦС имеют ослабленные память и внимание, трудно обучаемы, хронически не успевают в школе, страдают неврозами, трудноизлечимым энурезом, тиками, заиканиями, склонны к девиантному поведению и асоциальным поступкам. Они нуждаются в специальном лечении и коррекционном обучении.

Известно, что когда ребенок ведет здоровый образ жизни и не перегружается массой занятий, приводящих к хроническому переутомлению, проявления церебрастенического синдрома не выражены. Однако при резком возрастании учебных нагрузок или после тяжелых заболеваний отдельные симптомы ЦС (повышенная умственная утомляемость, расстройства памяти, внимания и самоуправления) могут проявиться у детей и в старших классах, несмотря на то, что проводившиеся ранее неврологические обследования свидетельствовали о полном излечении.

Клинический опыт и литературные данные свидетельствуют, что сравнению с возрастной нормой при ЦС наблюдаются следующие клинические проявления:

- быстрая умственная утомляемость и сниженная работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать);
- резко сниженные возможности самоуправления и произвольной регуляции в любых видах деятельности;
- выраженные нарушения в деятельности ребенка, в том числе и умственной, при эмоциональной активации (не только отрицательной, но и положительной);
- значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, отсутствие распределения, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности;
- снижение объема оперативной памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации);
- трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную (проблема упрочения временных связей);
- нарушения зрительно-моторной координации (дети допускают разнообразные ошибки и неточности при оперативном переводе визуальной информации в двигательно-графический аналог, то есть при списывании и срисовывании, и не замечают несоответствий даже при последующем сравнении);
- изменение временной протяженности рабочих и релаксационных циклов в деятельности мозга.

Дошкольная жизнь ребенка с ЦС может протекать вполне благополучно. Так чаще всего и бывает. При этом ни родители, ни окружающие могут даже не подозревать о его дефекте, относя некоторые отклонения в поведении ребенка, если таковые наблюдаются, к недостаткам воспитания. Однако ситуация резко меняется с момента поступления в школу. С первого дня повышенные требования начинают предъявляться именно к тем свойствам, которые у детей с ЦС нарушены. Недостатки внимания, памяти, повышенные отвлекаемость и умственная утомляемость, слабость самоуправления – все эти неустранимые ха-

рактические первичного дефекта начинают играть роковую роль в их судьбе. Они оказываются не в состоянии обучаться наравне со здоровыми сверстниками.

Почти непреодолимым препятствием для детей с ЦС является режим школьного обучения – 40-минутные уроки, в течение которых требуются постоянное внимание и продуктивная работа, без отвлечений, с соблюдением дисциплинарных требований. Специфика же интеллектуальной деятельности этих детей состоит в цикличности. Время, в течение которого они могут произвольно продуктивно работать, очень незначительно и может не превышать 15-20 минут, по истечении которых дети теряют контроль над умственной активностью. Какое-то время (3-7 минут) мозг «отдыхает», накапливая энергию и силы для следующего рабочего цикла. Затем умственная активность восстанавливается, и ребенок опять может продуктивно работать 15-20 минут, после чего мозг снова «истощается», и произвольное управление интеллектуальной активностью оказывается невозможным. Если интеллектуальная работа ребенка хорошо организована, продумана и распределена так, что осуществляется только в эти активные периоды, то обучение проходит очень эффективно. Чем дольше ребенок работает, тем короче становятся продуктивные периоды и длиннее время отдыха – пока не наступает полное истощение. Тогда для восстановления умственной работоспособности необходим сон. Многим детям необходим дневной сон после занятий в школе, для того чтобы они смогли нормально выполнять домашние задания.

В то время, когда мозг «истощается» и «отдыхает», ребенок перестает понимать, осмысливать и осознанно перерабатывать поступающую информацию. Она нигде не фиксируется и не задерживается, поэтому ребенок не помнит, что он в это время делал, не замечает, не осознает, что были какие-то перерывы в его работе. В течение 40-минутного урока он может «отключиться» несколько раз и многое выпустить из рассказа учителя, не заметив этого. В итоге он либо перестает понимать, о чем идет речь на уроке, либо у него в голове все эти отрывочные сведения случайно и своеобразно комбинируются, сплюсовываются, что он и выносит с урока. Часто учителя и родители бывают озада-

чены абсолютно непонятными, простыми ошибками детей и оказываются не в состоянии найти им какое-либо разумное объяснение. Но самое ужасное состоит в том, что ребенок, усваивая именно эти абсурдные правила и алгоритмы действия, руководствуется ими в дальнейшем. Закрепляясь, они становятся препятствиями для последующего обучения.

**Церебрастенический синдром (астеногипердинамический вариант).** Эти дети выглядят исключительно деятельными, но фактически – это двигательная расторможенность, вынужденная, неуправляемая реактивность, сочетающаяся с повышенной возбудимостью, переключаемостью и утомляемостью. При этом повышенную переключаемость не следует путать с развитым процессом переключения внимания. Быстрая смена деятельностей у «реактивных» детей происходит автоматически, непроизвольно, без участия процесса внимания, то есть без настройки на деятельность и без последующего контроля за ее выполнением. В этом случае имеет место постоянное, вынужденное «переключение» деятельностей, так как ребенок в силу повышенной реактивности откликается на любые внешние раздражители. Однако переключение внимания, то есть самонастройка, при этом отсутствует. Поэтому быстро сменяющиеся друг друга виды деятельности осуществляются редуцированно, некачественно, фрагментарно. Поведение реактивных детей является в полном смысле слова «полевым», в соответствии с определением К. Левина. Оно направляется окружающими вещами, предметами и людьми. Предметы «притягивают» их к себе. Дети обязательно должны дотронуться до всего, что попадает им на глаза, взять в руки даже те предметы, которые им абсолютно не нужны. Свое поведение они контролировать не могут – сначала действуют, а потом понимают, что произошло. Присутствие учителей или родителей не является для гипердинамичных детей сдерживающим фактором. Они и при взрослых ведут себя так, как остальные дети могут вести себя только в их отсутствие. Часто одноклассники развлекаются тем, что провоцируют этих детей на грубые выходки и драки в присутствии учителей, которые начинают считать их хулиганами.

На резкое замечание реактивные дети дают резкий ответ. Попытки сдержать реактивного ребенка приводят к тому, что он начинает действовать по принципу отпущенной пружины. Именно такие дети доставляют больше всего хлопот и неприятностей учителям, родителям и друзьям, но и сами они при этом сильно страдают: пытаются, но не могут выполнить обещания, дают слово и не могут его сдержать. Их повышенная реактивность приводит к тому, что они значительно больше успевают натворить в периоды релаксации мозга, чем дети с другими типами ЦС. Обычно они ни у кого не вызывают сочувствия, а только раздражение, осуждение и неприязнь. Постепенно их окружает барьер отторжения. Именно это и порождает агрессию.

Их судьба во многом зависит от отношения окружающих, особенно членов семьи. Если в семье сохраняются понимание, терпение и теплое отношение к ребенку, то после излечения ЦС все отрицательные стороны поведения исчезают. В противном случае даже при излечении патология характера остается, а может и усиливаться.

Обучаемость у реактивных детей объективно лучше, чем у астеничных. Среди них нередко встречаются действительно оригинальные, талантливые дети. Но и случаи задержек психического развития у реактивных детей не являются редкостью. В процессе урока дети этого типа также периодически «отключаются», не замечая этого. Они быстро утомляются и не могут сохранять восприимчивость и умственную работоспособность до конца учебного дня, хотя остаются двигательными активными до позднего вечера.

Память у них может быть в норме, но из-за исключительной неустойчивости внимания неизвестно, что и в какой последовательности в ней оседает. Могут быть случайные «дыры» даже в хорошо усвоенном материале.

В спокойной обстановке, когда взрослые направляют их деятельность, реактивные дети могут успешно обучаться. Опыт частных школ показывает, что в небольших разновозрастных группах в обществе более старших детей они ведут себя спокойнее и лучше работают. Старшие дети относятся к ним снисходительнее, терпимее и, в то же время, меньше общаются с

ними. В обычном школьном классе реактивные дети быстро перевозбуждаются от переизбытка взаимодействий и впечатлений.

Эмоции могут оказывать исключительно сильное влияние на деятельность этих детей. Эмоции средней интенсивности могут ее активизировать, но при дальнейшем повышении эмоционального фона деятельность может быть полностью дезорганизована, а все только что усвоенное разрушено.

Эмоциональные реакции реактивных детей бурные, но обычно быстро проходящие. Богатые внешние проявления могут сочетаться с неглубокими внутренними переживаниями. Обычно необходимо медикаментозное лечение, уменьшающее реактивность, чтобы дети этого типа могли без конфликтов посещать школу.

**Синдром раздражительной слабости (СРС).** По внешним поведенческим проявлениям дети, относящиеся к активному типу, могут быть похожи на неорганизованных, импульсивных, увлекающихся детей без СДС. Они активно включаются в деятельность, но работают недолго. Учитель видит, что эти дети быстро утомляются и не могут произвольно регулировать свою работоспособность, поэтому их часто ругают за лень, безволие, нежелание потрудиться, довести начатое дело до конца.

У активных детей с СРС точность работы страдает всегда, часто значительно ухудшаясь к концу работы. Скорость резко падает где-то на середине. Ведущим для этой группы детей является недержание эмоций, от легких аффектов, сопровождающихся слезами, до аффективных вспышек, сопровождающихся речедвигательным возбуждением. Они начинают работать быстро, но удержать темп и восстановить его после падения не могут. Короткие самостоятельные работы дети этого типа могут писать очень хорошо, длинные - плохо. Количество ошибок в начале и в конце работы может очень значительно различаться. К концу урока дети могут «отключиться» неожиданно, остановившись на полуслове и, не заметив этого, так и сдать работу недоделанной. Причем учитель видит, что ребенок занимается какими-то своими делами, вместо того чтобы закончить работу. Периодический отдых позволяет этим детям сохранять работоспособность почти до конца уроков.

Таких детей постоянно воспитывают и в школе, и дома. Их не считают тупыми, как ригидных, или хулиганами, как гипердинамичных. От них не пытаются избавиться. Напротив, они кажутся способными, но ленивыми. Поэтому взрослые стараются помочь им в воспитании воли, чтобы они могли реализовать имеющийся у них потенциал. Для этого их вовлекают в школе в тренинги самоуправления, на которых дети только переутомляются. Дома же папы по-своему пытаются сделать их волевыми, а мамы – аккуратными и организованными. Часто они занимают в различных спортивных секциях, но это тоже ничего не меняет. Хорошо, если от детей все отступаются, устав от бесплодных попыток перевоспитать их. Учатся дети этого типа неровно, их часто определяют в школу ЗПР.

**Астенодинамический, астеносубдепрессивный, астенопатический варианты ЦС.** В эту группу попадают дети с исключительно повышенной умственной утомляемостью, которая выступает основой их дефекта вообще. Однако среди «астеничных» детей далеко не все тихие, ослабленные, утомленные. Есть дети, вполне нормально развитые физически, занимающиеся плаванием или балльными танцами. Повышенная истощаемость может быть характерна только для их интеллектуальной деятельности. Учителя выявляют астеничных детей довольно быстро, замечая, как те «истощаются» на уроках. Дети сидят с отсутствующим взглядом, смотрят «в никуда», нередко кладут голову на парту, могут не прореагировать на замечание. Работать в течение всего урока они не могут, что-то делают только вначале и потом могут еще пару раз подключиться к работе. Довольно быстро (часто к концу второго урока) такие дети переутомляются совсем и далее лежат на парте или тихо занимаются своими делами. На переменах тем не менее они могут играть, быть достаточно активными, но напряженная умственная деятельность их быстро утомляет и «выключает». Учителя их переносят спокойно, даже сочувствуют, потому что они ведут себя тихо и не мешают на уроках. Астеничные дети обычно знают, что у них плохая память и внимание и относятся к этому спокойно. Их произвольное внимание действительно не развито. Оно неустойчиво, концентрация слабая, распределения внима-

ния нет совсем. Два дела одновременно они делать не могут. Например, писать и слушать объяснение учителя. Либо они не услышат, что говорит учитель, либо неизвестно что напишут, если вообще смогут писать. Замедленная переключаемость приводит к тому, что астеничные дети не успевают за объяснением и быстро перестают понимать, что говорит учитель. Такой ребенок часто «выключается» из разговора или объяснения, не будучи еще переутомленным, потому что не успевает следить, теряет нить и перестает понимать смысл сообщения.

Объем кратковременной и оперативной памяти у астеничных детей очень мал. Без опоры на вынесенные вовне стимулы ребенок не может держать в уме информацию и оперировать ею. Например, он не может одновременно помнить инструкцию и действовать в соответствии с ней. Он помнит правило, инструкцию, воспроизводит их, но, когда работает, не может ими руководствоваться. У астеничных детей бывает затруднен переход в долговременную память. Последняя бывает слегка ослаблена, но может и не страдать. Возможность нормализации работы мозга в первую очередь зависит от общего состояния здоровья ребенка. В латентной и ослабленной форме отдельные проявления ЦС часто остаются на всю жизнь.

**Общие принципы работы с детьми, имеющими легкие функциональные нарушения в работе мозга.** При обучении и организации их деятельности нужно максимально учитывать и обходить их дефект. Зная, что работоспособность мозга наращивается и нормализуется по мере взросления ребенка и при отсутствии переутомления, необходимо обеспечить детям «мягкое», замедленное включение в учебу. Наши психологические обследования показывают, что никакой коррекции и продвижения в развитии у абсолютного большинства детей в течение этого добавленного к начальной школе года не происходит.

Существующая система классов «выравнивания», созданная для работы с детьми, имеющими ЗПР на базе педагогической запущенности или легкой органики, строится на одновременной редукции и интенсификации их деятельности. Редукция заключается в членении деятельности на отдельные частные операции, действия, которые отрабатываются отдельно и постепенно

складываются в целостную систему. Фактически идет создание цепи условных рефлексов. При «мягком», замедленном вхождении в школьную жизнь у большинства детей уже к концу второго года обучения отмечаются существенная нормализация работы мозга и значительное интеллектуальное продвижение. Необходимо также избегать переутомления детей в течение учебного дня. Лучше, когда в 1-м классе уроки длятся 30 минут, когда после второго или третьего урока предусмотрен большой перерыв с прогулкой. Хорошо, если выделено и оборудовано специальное помещение для отдыха во время перемен, где дети могут и посидеть, и полежать, и поиграть, то есть необходимо сделать то, что обычно предусмотрено при обучении детей с 6 лет. В некоторых школах поступают следующим образом: выдвигают парты немного вперед, а в конце класса на освобожденном пространстве постилают ковер, ставят пару диванчиков или кресел. Детям с ЦС разрешают оставаться на перемене в классе. Ребята обычно играют, лежа на ковре. Это позволяет им расслабиться и в значительной степени способствует восстановлению работоспособности. Иногда дети полулежат на диване и также отдыхают гораздо лучше, чем во время беготни по коридору. Шум, возня, крики возбуждают их и дезорганизуют деятельность мозга. При сильных функциональных нарушениях деятельности мозга лучше переводить детей на неполную учебную неделю с добавочным скользящим выходным днем.

Не рекомендуется оставлять детей в группе продленного дня, потому что они гораздо в большей степени, чем их здоровые сверстники, нуждаются в отдыхе после школьных занятий, многим необходим дневной сон и всем – относительное одиночество, отдых от группового общения. В группе продленного дня они не только менее аккуратно делают уроки, но и ничего обычно не запоминают из того, что делали сами и что объяснял им учитель.

Домашнее задание, которое обычно диктуется учителем в конце урока, дети с ЦС или не записывают вообще, или записывают неправильно. Из этого не следует делать проблемы. Родители могут сами узнавать, что было задано, от учителя. Родители должны быть готовы к тому, что в обучении детей с ЦС до

относительной нормализации их мозговой деятельности основную роль играют домашние занятия. Дома необходимо не только выполнять домашние задания, но и повторять материал, пройденный в классе, чтобы проверить, все ли понято ребенком правильно, не осталось ли вообще пропущенным что-либо существенное. В процессе обучения необходимо освободить детей от всякой второстепенной, вспомогательной, несущественной, оформительской работы. Взрослые могут сами провести поля в тетради ребенка, отметить точкой место, откуда надо начинать писать. Бывает, ребенок старательно отсчитывает клеточки, для отступа сверху и слева, и в этих поисках, многократно ошибаясь, так устает от напряжения, что, найдя, наконец, то место, откуда нужно начинать писать, работать уже вообще не может.

Лучше, чтобы в 1-м классе эти дети вообще как можно меньше писали. Удобно использовать тетради с напечатанными заданиями, в которых нужно только проставить, или обвести, или дорисовать ответ. Вместо того чтобы писать на доске, ребенку можно предложить выбрать карточку с ответом из висящих рядом с доской кармашков. Карточки крепятся на доске с помощью магнитов.

Мелкую моторику, необходимую для выработки хорошего почерка, лучше развивать раскрашиванием по методу Монтессори. Это детям нравится гораздо больше, чем мучения с прописями. А проблем с прописыванием букв бывает значительно меньше, если к нему дети приступают после тренировочной работы с раскрасками. Мы использовали старый способ поэтапного обучения письму, с помощью которого за 2-3 дня почерк детей становился почти каллиграфическим. Обучение чтению должно значительно опережать обучение письму и проводиться с визуальной опорой на буквы или, еще лучше, на целые слова.

После того как сформируется устойчивый графический образ слова, ребенок становится способным быстро схватывать смысл написанного, то есть читать. Далее он легко обучается разложению целого на части – различным методам анализа слова, готов изучать грамматику и правописание. Гораздо сложнее, если изначально единицей выступает слог, фонема, звук или бу-

ква, так как это абстракции, не имеющие никакого образного представительства в системе внутреннего опыта ребенка. Осмысление абстракций, оперирование ими, выделение их в звуковом потоке или попытка сложить из них нечто целостное – все это требует достаточно развитого абстрактного мышления и доступно далеко не каждому первокласснику. В том случае, когда сформирован комплексный визуально-звуковой образ слова, и ребенок понимает, что именно он анализирует, ему интересно наблюдать за превращением или образованием слов. Но если таких комплексных образов еще нет, и ребенку с ЦС приходится изо дня в день тренироваться в разборе-озвучивании бессмысленных слогов в процессе логопедической подготовки к чтению, то это непонятное и потому вдвойне утомительное занятие обычно навсегда отвращает его от чтения.

Необходимо соблюдать лаконичность формулировок, оформления, иллюстраций, которые не должны содержать ничего лишнего, незначащего, отвлекающего. Необходимо как можно чаще показывать, рассказывать, совместно обыгрывать ту информацию, которая должна быть усвоена ребенком. При этом не следует требовать ответов, спрашивать, что ребенок запомнил. Учебные демонстрации и рассказы должны быть короткими, легкими, быстрыми и веселыми, каждый раз частично обновляться, чтобы не ослабевал интерес.

В конце работы надо обязательно стимулировать, одобрять ребенка, независимо от того, демонстрировал он свои знания или только смотрел, слушал и повторял. Запоминание на самом деле идет прекрасно, когда от ребенка не требуют воспроизвести все, что он должен запомнить, и у него нет страха забыть что-то, оказаться несостоятельным и получить неодобрение взрослых. Ребенок всегда готов смотреть, а когда информация хорошо систематизирована, легко научается ею пользоваться и с радостью это демонстрирует.

Если ребенок совсем не умеет читать и писать, слабо знаком с алфавитом, то при одновременном, параллельном обучении этим навыкам, как это предусмотрено общеобразовательной программой, не сформируется ни тот, ни другой. Более того, можно гарантировать стойкую дислексию и дисграфию. Обуче-

ние чтению должно предшествовать формированию навыков письма. Если у ребенка в процессе обучения чтению еще не сложился комплексный зрительно-звуковой образ слова, то при письме он будет кое-как перерисовывать слова по буквам. При этом характерными ошибками будут добавления, недописывания, выпадения различных элементов и целых букв, так как не допускать искажений только с помощью визуального контроля на самом деле очень сложно (попробуйте переписать текст на каком-нибудь незнакомом Вам языке, например, китайском). Если же писать приходится под диктовку или по собственному сочинению, то ребенок изображает «нечто» и получает диагноз - дисграфия. А все дело в том, что в голове у него нет тех комплексных образов, которые бы позволили совершать переход от смысла звучащих слов и фраз к их графическому изображению. При обучении чтению цель – понимание, а не проговаривание вслух. Поэтому сначала надо дать ребенку возможность понять текст, разобрав его про себя, и только потом предлагать прочитать вслух. Когда ребенка заставляют сразу читать вслух, то ему приходится одновременно выполнять сразу обе операции. Для этого необходимо распределение внимания, которое у детей с ЦС обычно практически отсутствует. Поэтому они, как могут, озвучивают текст, так как от них это требуют в первую очередь, но абсолютно не понимают смысла прочитанного. Естественно, что потом дети не могут ни пересказать текст, ни ответить на вопросы. За это их не хвалят. Непонятность и постоянные неприятности постепенно превращают чтение в особо ненавистную деятельность.

Математика, как более четкая и алгоритмичная наука, усваивается детьми гораздо легче и нравится им гораздо больше, чем чтение и письмо. При объяснении любого урока надо стараться давать детям точный алгоритм действий, уметь выделять сущность. Следует использовать короткие, четко построенные фразы. Желательно разрабатывать графическое изображение алгоритма для каждой темы и давать его детям на карточках. Не надо заставлять их самих вычерчивать или рисовать алгоритм, лучше «проиграть» его с детьми. Например, построить из ребят

«змейку» или «паровозик» в соответствии с последовательностью событий или действий, которые надо запомнить.

Обстановка на уроках должна быть свободной и непринужденной. Нельзя требовать от детей невозможного. Самоконтроль и соблюдение дисциплины исключительно сложны для ребенка с ЦС. Искренние попытки ребенка соблюдать дисциплину и переживание по поводу того, что это никак не получается, еще быстрее приводят к переутомлению и потере работоспособности. Когда на дисциплине не заостряется внимание, а уроки проводятся в игровой форме, дети ведут себя спокойнее и работают более продуктивно. Когда нет запретов, не происходит и накопления неотрагированной энергии с последующими взрывами. «Рядовая» несдерживаемая недисциплинированность (когда дети могут сидеть, как им хочется: поджав ноги или на коленях; вертеться, иногда вставать, обращаться к учителю и пр.) создает только легкий фоновый шум и меньше мешает проведению урока, чем эмоциональные срывы детей и попытки учителя их приструнить. Допуская мелкие дисциплинарные нарушения, можно поддерживать общую хорошую работоспособность. Проблема дисциплины частично решается и в том случае, если есть возможность оборудовать класс специальными партами, рассчитанными на одного человека. Когда дети сидят по одному, они меньше обращаются друг к другу, больше сосредотачиваясь на объяснении учителя и вступая в разговоры с ним. Стихийные диалоги с учителем чаще бывают близки к теме урока, в отличие от разговоров ребят друг с другом. Кроме того, учитель может управлять диалогом, возвращая внимание ребенка в нужное русло. Если учитель видит, что ребенок «выключился», сидит с отсутствующим взглядом, то в этот момент его не надо трогать – ребенок все равно будет не в состоянии разумно отреагировать.

Следует проявлять осторожность и в подборе примеров, которые в памяти детей могут остаться как отдельные картинки, неизвестно что иллюстрирующие. Эмоционально, но не очень ярко, должны быть выделены самые существенные моменты объясняемого материала (правило, принцип, алгоритм решения). Именно это и может быть обыграно в примерах. Естественно, что сильные отрицательные эмоции снижают способность к

обучению у любого человека, тем более у ребенка с ЦС. Поэтому наивно ожидать, что он будет лучше что-либо воспринимать или понимать после того, как его хорошенько отругали. Одним из препятствий в обучении и интеллектуальном развитии детей с ЦС является своеобразная защитная форма деятельности, довольно быстро у них формирующаяся. Она выражается в том, что дети стараются делать хоть что-нибудь – все равно что, даже если не понимают, что и как надо делать. Когда же хоть что-то сделано, пусть даже неправильно, их ругают меньше, чем когда не сделано ничего. Дети быстро привыкают «заполнять пустоты» этой бессмысленной деятельностью. И было бы гораздо лучше, если бы в этих случаях (незнания, непонимания) они не делали ничего. Именно в результате подобной защитной деятельности в памяти ребенка застревают какие-то абсурдные сведения, операции, то есть «информационный шум», который еще больше дезорганизует их мышление и осложняет обучение.

Монотонная неинтересная работа утомляет детей с ЦС так же, как любая другая. Этим они отличаются от детей с ЗПР или педагогически запущенных. Последние любят простую, монотонную работу, так как она им понятна и по силам, могут долго выполнять её, не испытывая утомления.

Для закрепления материала урок должен быть построен так, чтобы на его протяжении варьировался один и тот же алгоритм или тип задания. Это желательно еще и потому, что при построении урока трудно учесть цикличность интеллектуальной активности учащихся с ЦС. Дети работают в разном ритме: кто-то еще активен, а кто-то уже устал или наоборот, отдохнул и готов подключиться к уроку. Если в течение урока варьируется одна и та же тема, то в каком бы ритме ребенок ни работал, он все время будет «встречаться» только с ней. Тем самым повышается вероятность того, что основное содержание урока будет усвоено.

Родителям (или кому-то из взрослых) желательно находиться рядом с ребенком во время выполнения домашнего задания, чтобы возвращать его к занятиям. Очень важно сохранять при этом спокойствие, не раздражаться и не нервировать ребенка. Лучше, если ребенок будет работать с черновиком, но прежде

чем переписывать задание в тетрадь, дайте ему отдохнуть. Само переписывание тоже надо осуществлять с перерывами.

Необходимо помнить, что утомление накапливается, несмотря на то, что ребенок отвлекается и отдыхает. Накапливающееся утомление затрудняет осмысливание, систематизацию и запоминание даже той информации, которую ребенок воспринимает в активные периоды деятельности мозга (это же относится и к продуктивности работы на последних уроках в школе). При переутомлении деятельность мозга может быть настолько дезорганизована, что разрушаются уже установленные, но еще не вполне укрепленные связи, забывается, казалось бы, усвоенная информация. Самое вредное для здоровья и бессмысленное для обучения – не выпускать ребенка из-за стола, пока все уроки не будут сделаны и ругать его при этом за то, что он постоянно отвлекается. Настойчивые, последовательные родители, видя, что не справляются сами, нанимают репетиторов. И уже репетиторы доводят ребенка до полного переутомления и нервного истощения, так как обязаны добросовестно обрабатывать время, за которое им платят.

Не следует с первых школьных дней приучать ребенка работать самостоятельно – он все равно не сможет. Родителей это очень тревожит, тем более, что и учителя настаивают на самостоятельности. Если действительно заботиться о развитии и обучении ребенка с ЦС, то о воспитании его самостоятельности приходится на время забыть. Работа ребенка должна быть продумана и организована взрослыми так, чтобы представлять собой четкую последовательность конкретных деятельностей, между которыми можно было бы отдохнуть. Каждую деятельность необходимо представить четкой, но короткой инструкцией, вынесенной вонне в виде рисунка или схемы, и находящейся перед глазами ребенка. Предварительные рассуждения вслух настраивают и подготавливают ребенка к деятельности. Предварительное проговаривание делает работу ребёнка осмысленной, помогая осознать свои действия. Когда ребенок устает, в его рассуждениях появляются симптоматичные повторы, «зацикливания». Услышав это, взрослый может остановить занятия и дать ребенку отдохнуть.

Риск возникновения отклонений в развитии ребенка с ЦС (школьная дезадаптация, неуспеваемость) определяется уровнем его интеллектуального развития. Именно на развитие интеллекта должна быть направлена работа педагогов, психологов и родителей. Попытки тренировать внимание, память и самоуправление не только бессмысленны, но и вредны, так как при этом силы ребенка тратятся впустую. Эти процессы не могут развиваться, пока не будет нормализована работа мозга.

Резюмируя все сказанное, можно сформулировать некоторые общие для педагогов, психологов, родителей принципы обучения и воспитания ребенка с минимальной дисфункцией мозга.

Основополагающим, с нашей точки зрения, принципом является забота об общем состоянии здоровья ребенка – именно от этого самым непосредственным образом зависит и избавление от ЦС, и поддержание определенного уровня работоспособности, необходимого для успешного обучения в школе. Общая цель в воспитании и обучении детей с ЦС должна заключаться в предупреждении отклонений в развитии. Необходимо периодически обследовать ребенка у невропатолога и выполнять его рекомендации. Важно поддерживать здоровый образ жизни (отдых, спорт, прогулки, полноценное питание, гибкое соблюдение режима дня). При выборе спортивных занятий следует избегать таких, где велика вероятность сотрясения мозга. Попытки с помощью усиленных спортивных занятий «сбросить» излишнюю энергию реактивных детей не приводят к успеху. Их реактивность не уменьшится, а переутомление может оказаться чрезмерным.

Дошкольное обучение и развитие ребенка должны проходить в игровой форме и быть согласованы с ритмом работы его мозга. Особое внимание необходимо уделять занятиям, способствующим подготовке ребенка к школе (чтению, рисованию, раскрашиванию, конструированию и пр.). Не следует перегружать ребенка занятиями в различных кружках и студиях, особенно в таких, где значительна нагрузка на память, внимание, вероятно физическое переутомление. В семье необходимо сохранять доброжелательную обстановку, проявлять терпение, за-

боту и мягкое руководство деятельностью ребенка. Забота и правильная организация деятельности оптимизирует развитие ребенка, предотвращает отклонения или осложнения в протекании этого процесса. Терапия церебростенического синдрома зависит от его варианта. Необходимо заметить, что дети до 3-летнего возраста не должны получать психотропные препараты. Если гипердинамический синдром чрезвычайно выражен, то в качестве седативных веществ можно использовать валериану, пустырник, аминокислоты – глицин, антиоксиданты (витамин «Е», селеновые производные), витаминотерапию. Детям старшего возраста можно использовать ноотропные препараты (пир-ацетам, луцетам, пантогам, мексидол), витамины, антиоксиданты, по показаниям сонапакс, неулептил.

Коррекционная работа, независимо от ее эффективности, выглядит благородной – мы боремся с дефектом ребенка. Профилактика дефекта, когда он еще явно не виден – дело неблагодарное. Прогнозам часто не верят. А если вовремя принятые меры позволяют избежать осложнений, то часто появляется уверенность, что и без них развитие ребенка протекало бы нормально. Тем не менее, на наш взгляд [12, 13], главная задача психолога состоит в том, чтобы вовремя прогнозировать будущие проблемы развития и, опираясь на знания и опыт, делать все, чтобы прогноз не оправдался.

### Литература

1. *Исаев Д.Н.* Психопатология детского возраста: учеб. пособие для вузов. СПб.: Спец Лит, 2000. 463 с.
2. *Тржесоголава З.* Легкая дисфункция мозга в детском возрасте: пер с чешск. М.: Медицина, 1986. 256 с.
3. *Крук И.В.* Церебростенические состояния у детей дошкольного возраста. Киев: Здоровья, 1990. 136 с.
4. *Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников: учеб. пособие / Н.К. Корсакова [и др.].* М., 1997. 123 с.
5. *Северный А.А., Иовчук Н.М.* Междисциплинарное взаимодействие в коррекционной работе с проблемными детьми // Защита детства: социальные, правовые и мед.-пед. аспекты: инормф.-метод. издание. Ижевск: Центр социальных образовательных инициатив, 2001. С. 50-56.

6. *Пугач В.Н., Ясюкова Л.А.* Оптимизация обучения и развития детей с нарушениями внимания и поведения: педагогическая компенсация минимальных мозговых дисфункций // Защита детства: социальные, правовые и мед.-пед. аспекты: инормф.-метод. издание. Ижевск: Центр социальных образовательных инициатив, 2001. С. 74-87.
7. *Минимальные мозговые дисфункции у умственно отсталых школьников / В.Т. Лекомцев [и др.]* // Актуал. вопр. детской и подростковой психоневрологии: сб. тр. специалистов, разрабатывающих вопросы ранней диагностики, коррекции, психологического сопровождения нервно-психических расстройств раннего детского возраста, школьников, подростков. Ижевск, 2001. С. 97-99.
8. *Особенности церебрального и нарушения поведения у школьников младшего и среднего возраста / В.Т. Лекомцев [и др.]* // Деструктивность человека: истоки и перспективы в детстве: материалы 3-й региональной науч.-практ. конф. Ижевск: ERGO, 2004. С. 82-92.
9. *Задержка психического развития (клиника, диагностика и терапия) / В.Н. Маев [и др.]* // Актуал. пробл. совр. психиатрии и наркологии (региональный аспект). Ижевск: Удмуртский университет, 2000. С. 80-89.
10. *Микиртумов Б.Е.* О формировании высших чувств у детей дошкольного возраста с общим психическим недоразвитием // Актуал. вопр. детской и подростковой психоневрологии: сб. тр. специалистов, разрабатывающих вопросы ранней диагностики, коррекции, психологического сопровождения нервно-психических расстройств раннего детского возраста, школьников, подростков. Ижевск, 2001. С. 97-99.
11. *Шашлюкова И.В.* Особенности проявления психических функций у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Актуал. вопр. детской и подростковой психоневрологии: сб. тр. специалистов, разрабатывающих вопросы ранней диагностики, коррекции, психологического сопровождения нервно-психических расстройств раннего детского возраста, школьников, подростков. Ижевск, 2001. С. 139-148.
12. *Шевченко Ю.С.* Медико-социальные аспекты психического здоровья детей и подростков России // Актуал. вопр. детской и подростковой психоневрологии: сб. тр. специалистов, разрабатывающих вопросы ранней диагностики, коррекции, психологического сопровождения нервно-психических расстройств раннего

детского возраста, школьников, подростков. Ижевск, 2001. С. 149-161.

13. *Воронкова Р.В., Кычанова В.Е.* Школьные трудности, их основные причины и рекомендации педагогам и родителям по преодолению этих трудностей // Актуал. вопр. детской и подростковой психоневрологии: сб. тр. специалистов, разрабатывающих вопросы ранней диагностики, коррекции, психологического сопровождения нервно-психических расстройств раннего детского возраста, школьников, подростков. Ижевск, 2001. С. 32-37.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МЕДСЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ

**О.Ю. Смирнова, А.В. Худяков**

*Ивановская государственная медицинская академия, Иваново*

Изучению психологической стороны работы специалистов, по роду своих занятий непосредственно контактирующих с людьми, в том числе и медицинских работников, посвящено много исследований. Одним из аспектов таких исследований является изучение феномена «эмоционального выгорания» как защитной психологической реакции на чрезмерные эмоциональные нагрузки. Большая часть работ посвящена определению этого феномена у врачей различных специальностей и разработке рекомендаций по его профилактике и коррекции. Вместе с тем появились исследования в области развития «синдрома эмоционального выгорания» (СЭВ) у медицинских сестер [2, 6]. При этом рассматриваются механизмы развития СЭВ у среднего медицинского персонала, факторы риска, как организационного, так и психологического характера. Вместе с тем СЭВ у медицинских сестер, работающих в различных областях медицины, исследован недостаточно. В частности, большой интерес представляет практически не раскрытый вопрос о душевном состоянии медицинских сестер в такой эмоционально затратной области медицины, как психиатрия. Изменения психологического состояния медицинских сестер влияют на их отношение к больным, обращение с больными, а следовательно, на качество оказания психиатрической помощи. В связи с этим представляется актуальным изучение социальных и психологических характеристик у медицинских сестер психиатрических учреждений, для того чтобы оптимизировать их работу, сформировать положения по профилактике эмоционального выгорания и коррекции этих проявлений у специалистов среднего звена.

Согласно определению ВОЗ (2001), «синдром выгорания» (burnout syndrome) – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной под-

верженностью соматическим заболеваниям. СЭВ считается долговременной стрессовой реакцией, возникающей в ответ на чрезмерные для человека производственные и эмоциональные перегрузки, связанные с его профессиональной деятельностью. В литературе термины «синдром эмоционального сгорания» (СЭС) и СЭВ часто употребляются как синонимы. Р. Кочюнас [3] называет «синдром сгорания» «сложным психофизиологическим феноменом, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки». В.В. Макаров [4] дает краткое определение «синдрому сгорания», который «характеризуется эмоциональным, когнитивным и физическим истощением, вызванным длительной перегрузкой». «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко [1] определяет как механизм психологической защиты личности «в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергии) в ответ на психотравмирующие воздействия». По В.В. Бойко, эмоциональное выгорание является приобретенным стереотипом эмоционального (чаще профессионального) поведения, автор относит его к адаптивному механизму, позволяющему человеку экономно расходовать энергетические ресурсы.

В.В. Постнов [5] выделяет проявления, относящиеся к астеническому кругу: эмоциональное и физическое истощение, бессонница, раздражительность, усталость, утомляемость, отсутствие аппетита; группу тревожных и депрессивных проявлений и группу разнообразных психосоматических расстройств. С. Maslach [7] указывает на чувство изнеможения (невозможность отдаваться деятельности как прежде), эмоциональное и физическое истощение, дегуманизацию – «потерю чувства клиента», негативное отношение к клиентам, потерю интереса к работе и недостаток профессионального мастерства. В.В. Бойко [1] при определении динамики эмоционального выгорания выделяет три фазы становления синдрома. Первая фаза – фаза «напряжения» включает в себя следующие симптомы: «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неудовлетворенность собой», «загнанность в клетку», «тревога и депрессия». Вторая фаза – фаза «резистенции» содержит более или менее успешные

попытки оградить себя от неприятных впечатлений. Третья фаза – фаза «истощения» характеризуется более или менее выраженным падением энергетического тонуса и ослаблением нервной системы. Эмоциональная защита в форме «выгорания» становится неотъемлемым качеством личности. Вычленение указанных фаз имеет условный характер.

Целью проведенного нами исследования явилось изучение проявлений СЭВ у медицинских сестер различных психиатрических учреждений Ивановской области, связи его развития с рядом социально-психологических аспектов работы и личностных характеристик, а также выработка путей профилактики и коррекции.

Обследование проводилось во время обучения медицинских сестер на сертификационных циклах по специальности «Сестринское дело в психиатрии» на базе кафедры восстановительной медицины, психиатрии, психотерапии, наркологии и наркологии детского возраста факультета дополнительного профессионального последиplomного образования ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава». Для этого было проведено анонимное анкетирование 56 медицинских сестер (55 женщин и одного мужчины – медбрата, поэтому гендерные различия в исследовании не учитывались). Анкетируемые также тестировались на выявление СЭВ по методике В.В.Бойко, их личностные характеристики определялись с помощью многофакторного личностного опросника Р. Кеттелла (30 человек). Обследование проводилось в два этапа. Первый – на 2-3-й день обучения заполняли анонимную анкету для среднего медицинского персонала и выполняли тест В.В. Бойко для определения СЭВ и тест Кеттелла. Второй – на завершающем этапе цикла обучения снова выполняли тест В.В. Бойко для определения СЭВ. Это повторное исследование проводилось для того, чтобы оценить влияние обучения на уменьшение проявлений «выгорания», поскольку в изучаемые на цикле темы вводились вопросы сохранения душевного здоровья и профилактики развития СЭВ.

При оценке наличия СЭВ мы считали синдром формирующимся или сформировавшимся, если имелись соответствующие показатели хотя бы по одной из фаз синдрома. В целом прояв-

ления синдрома эмоционального выгорания были представлены следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Проявления СЭВ у обследованных

Показатель	СЭВ отсутствует		СЭВ формируется		СЭВ сформирован		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Фаза напряжения	45	80,4	10	17,8	1	1,8	56	100
Фаза резистенции	15	26,8	28	50,0	13	23,2	56	100
Фаза истощения	42	75,0	12	21,4	2	3,6	56	100
Общая характеристика синдрома	13	23,2	30	53,6	13	23,2	56	100

Как видно в табл. 1, в целом проявления СЭВ были распространены среди медсестер психиатрических учреждений. Чуть менее чем у четверти обследованных (23,2%) СЭВ отсутствовал, и у такого же числа был полностью сформирован. Примерно у половины (53,6%) обследованных синдром находился в процессе формирования. Интересно распределение синдрома по конкретным фазам его формирования. Так, фазы напряжения (первая) и истощения (третья) имели примерно одинаковую распространенность. У большинства медсестер эти синдромы отсутствовали – 80,3 и 75%, сформированы были у небольшого числа обследованных – 1,8 и 3,6%. Синдром резистенции (вторая фаза) отсутствовал только у 26,8%, сформировавшийся наблюдался у 23,2%. Таким образом, вопреки сложившемуся мнению о последовательности развития фаз СЭВ, в нашем случае мы наблюдали более редкую представленность первой фазы – фазы напряжения, чем второй фазы – фазы резистенции.

Обследованные медицинские сестры следующим образом распределялись по подразделениям психиатрических учреждений (табл. 2). Мы проанализировали соотношение наличия и фазы СЭВ у медсестер в зависимости от места их работы. Ввиду того, что в некоторых подразделениях число обследованных мало (1-2 человека), выявить какие-то статистические закономерности не удастся. Однако можно отметить, что уровень распространенности формирующегося синдрома очень высок у сотрудников подразделений с самым большим числом обследованных – мужских

и женских психиатрических отделений и интернатов (от 68,3 до 77,8%). Высокий уровень сформировавшегося СЭВ (40%) зарегистрирован у медсестер амбулаторного звена.

Таблица 2

Распределение медсестёр по месту работы

Подразделение психиатрического учреждения	абс.	%
Мужские психиатрические отделения	19	33,9
Женские психиатрические отделения	12	21,4
Психотерапевтическое отделение	2	3,7
Амбулаторные кабинеты ЦРБ и диспансера	5	8,9
Дневной стационар	3	5,3
Детское психиатрическое отделение	2	3,6
Реабилитационное отделение	1	1,8
Бригада скорой психиатрической помощи	1	1,8
Приемный кабинет	2	3,6
Психиатрический интернат	7	16,0
Всего	56	100

Выявить какую-либо зависимость развития фаз синдрома выгорания от стажа работы общего и стажа в психиатрии не удалось. Отмечено, что у всех медсестер, проработавших в психиатрии свыше 31 года, не были сформированы фазы напряжения и истощения синдрома выгорания. Но фаза резистенции была в стадии формирования у 75%.

Была проанализирована связь СЭВ с мотивацией выбора профессии медсестры. Распределение медсестер по мотивам выбора профессии было следующим (могло быть выбрано несколько вариантов), %: интерес к медицине – 55,3, стремление оказывать помощь людям – 51,8, советы других людей – 16,1, семейные традиции – 8,9, проблемы со здоровьем – 3,6, случайно – 3,6. Зависимости мотивации выбора профессии медсестры и развития синдрома выгорания не обнаружено.

Медсестры указали на следующие мотивы выбора специальности (работа в психиатрических учреждениях), %: материальные соображения – 44,6, случайный – 28,6, интерес к психиатрии – 26,8, близость работы к месту жительства – 16,1, по распределению – 3,6. Развитие фазы напряжения от мотивации выбора работы в психиатрии существенно не менялось. Фаза резистенции в стадии формирования также встречалась примерно

одинаково часто. А вот сформировавшаяся фаза резистенции была только у тех сотрудников, кто выбрал место работы случайно или из материальных соображений (табл. 3).

Таблица 3

Распространение фазы резистенции СЭВ  
в соответствии с различной мотивацией работы в психиатрии

Мотивация работы в психиатрическом учреждении	СЭВ отсутствует		СЭВ формирует- ся		СЭВ сформиро- ван		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Интерес к психиатрии	5	33,3	10	66,7	–	–	15	100
Материальные соображения	5	19,3	13	50,0	8	30,7	26	100
Близость работы к месту жительства	1	11,2	4	44,4	4	44,4	9	100
Случайный выбор	4	25,0	9	56,3	3	18,2	16	100
Распределение	1	50,0	1	50,0	–	–	2	100

Хотя полученные данные не являются статистически достоверными, в табл. 3 отчетливо видно, что сформировавшийся СЭВ в фазе резистенции отсутствует у медсестер, выбравших работу в психиатрии на основе интереса к специальности или по распределению. Сформировавшаяся фаза резистенции (от 18,2 до 44,4%) была только у медсестер, выбравших работу в психиатрии из «меркантильных соображений»: более высокая зарплата и большой отпуск, близость места работы к дому, а также оказавшихся в психиатрии случайно.

При оценке фазы истощения таких явных закономерностей не было выявлено. Однако сформировавшаяся фаза истощения была только у двух медсестер (7,6%), выбравших психиатрию из материальных соображений.

Таким образом, можно сказать, что выбор, основанный на интересе к специальности, препятствует развитию фазы резистенции СЭВ, что может говорить о меньшей степени выраженности психологической защиты у специалистов, работающих с интересом.

Следующим исследованным параметром была степень удовлетворенности работой и планы по ее сохранению или перемене.

По этим позициям медицинские сестры распределились следующим образом (табл. 4).

Таблица 4  
Распределение медсестёр по степени удовлетворённости работой

Характер удовлетворенности работой	абс.	%
Полностью удовлетворены	41	73,3
Частично удовлетворены и сменили бы работу при возможности	11	19,6
Не удовлетворены, но ничего не хотят менять	3	5,3
Не удовлетворены и сменяют работу при первой возможности	1	1,8
Всего	56	100

По мере неудовлетворенности работой начинает нарастать фаза напряжения СЭВ – частота формирующегося синдрома растет от 12,2% у тех, кто полностью удовлетворен работой, до 27,3% у частично удовлетворенных ( $p < 0,05$ ) и 66,7% у полностью неудовлетворенных ( $p < 0,05$ ). Фаза резистенции в стадии формирования распространена примерно одинаково у тех, кто полностью удовлетворен работой, и у тех, кто удовлетворен частично. Однако представленность сформированного синдрома в фазе резистенции растет по мере нарастания неудовлетворенности работой – от 14,6% у полностью удовлетворенных работой до 36,4% у удовлетворенных частично ( $p < 0,05$ ) и 100% у полностью неудовлетворенных и не собирающихся ничего менять.

При исследовании причин неудовлетворенности выбранной профессией каких-либо взаимосвязей с формированием фаз СЭВ выявлено не было. На отсутствие причин неудовлетворенности работой указали только 10,6% обследованных. Самой частой причиной называлась недостаточная оплата труда – 64,3%, не устраивающие условия труда – 23,2%, и неблагоприятный психологический климат в коллективе – 5,4%.

Причины, вызывающие неудовлетворенность работой, и их распространенность у медсестер, рассмотрены в табл. 5 (могли выбираться несколько вариантов).

Как видно в табл. 5, только у 23,0% обследованных не было причин для неудовлетворенности своей работой с психически больными. Как более частые причины неудовлетворенности указаны большие психологические перегрузки, непредсказуемое поведение больных, большой объем работы, высокая ответственность. Как положительный фактор мы рассматриваем то, что

никто из медсестер не указал такие причины, как страх перед психически больными, раздражение, вызываемое больными, брезгливость.

Таблица 5

Распределение медсестер по характеру причин  
неудовлетворенности содержанием работы

Причины неудовлетворенности содержанием работы	абс.	%
Высокая ответственность	7	12,5
Большие психологические перегрузки	18	30,0
Большой объем работы	8	14,3
Неспособность быстро принимать решения и организовывать больных	1	1,8
Непредсказуемое поведение больных	11	19,6
12-часовой рабочий день	3	5,3
Другое	5	8,9
Отсутствие причин неудовлетворенности	13	23,0

Можно отметить более высокий уровень формирующейся фазы напряжения у медсестер, указавших на высокую ответственность в работе – 51,2%. У тех медсестер, которые считали, что у них нет причин для неудовлетворенности содержанием работы, фаза напряжения СЭВ отсутствовала. Фаза резистенции более выражена у медсестер, страдающих от больших психологических перегрузок и большого объема работы. Фаза формирующегося синдрома резистенции у них была выявлена в 72,2 и 62,5% против 30,8% у тех, кто никаких причин для неудовлетворенности не имел. Самый высокий уровень сформировавшегося синдрома резистенции отмечен у тех, кто выбрал в качестве причины непредсказуемость поведения больных. Существенных различий в развитии фазы истощения не отмечено. У подавляющего большинства медсестер, не имеющих причин для неудовлетворенности (92,3), эта фаза синдрома отсутствует.

Развитие СЭВ нередко бывает связано с психологической обстановкой в коллективе. В целом у большей части медсестер отношения в коллективе были хорошими. Примерно у одной пятой части не складывались отношения с кем-либо из членов коллектива или с руководством. Вопреки существующим в литературе мнениям о связи межличностных отношений в коллективе и развитием СЭВ, мы такой связи не обнаружили. Возмож-

но, это объясняется небольшой выборкой обследованных, или их недостаточной откровенностью, несмотря на анонимность анкетирования.

В разделе тактики общения с больными в действительности оценивалась позиция медсестер по отношению к больным (табл. 6).

Таблица 6  
Распределение медсестер по тактике общения с больными

Тактика общения с больными	абс.	%
Равноправные отношения	18	32,1
Доминирование медперсонала	24	42,9
«Пациент всегда прав»	5	8,9
Отношения с больными разные в зависимости от индивидуального пристрастия	4	7,2
Не отмечено	5	8,9
Всего	56	100

Прежде всего, обращает на себя внимание, что самой большой группой оказалась группа доминирования медперсонала над больными – 42,9%. Отчасти это связано с распространенным представлением о беспомощности психически больных, невозможности самостоятельно решать свои проблемы, в связи с чем больные нуждаются в опекающей позиции медиков. Кроме того, такая позиция облегчает работу медсестер. Равноправную позицию выбрала примерно треть медсестер – 32,1%. Очень небольшая группа медсестер заняла позицию «пациент всегда прав». Еще меньшая группа относилась к больным дифференцированно: были любимчики и неприятные больные. Между развитием фазы напряжения и позицией медсестер по отношению к больным зависимости не было выявлено. Не было так же выявлено зависимости между этим параметром и фазой истощения.

Данные о развитии фазы резистенции СЭВ и ее соответствия позиции медсестер по отношению к пациентам представлены в табл. 7. У медсестер с доминированием над больными был самый низкий процент отсутствия фазы резистенции СЭВ и, соответственно, самый высокий процент лиц с формирующимся и сформировавшимся синдромом в совокупности – 87,5%. Самой «здоровой» оказалась позиция «пациент всегда прав», у медсестер с этой позицией отсутствовали фаза напряжения и истоще-

ния, фаза резистенции в стадии формирования была только у одного человека (20,0%). Данные не являются статистически достоверными из-за небольшого числа выборки.

Таблица 7

Распространение фазы резистенции СЭВ  
у медсестер с различной тактикой по отношению к больным

Тактика по отношению к больным	СЭВ отсутствует		СЭВ формируется		СЭВ сформирован		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Равноправные отношения	6	33,3	6	33,3	6	33,3	18	100
Доминирование медперсонала	3	12,5	14	58,3	7	29,2	24	100
«Пациент всегда прав»	4	80,0	1	20,9	–	–	5	100
Отношения с больными разные в зависимости от индивидуального пристрастия	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	100
Не отмечено	1	20,0	4	80,0	–	–	5	100

Для оценки связи СЭВ и личностных особенностей медсестер было проведено исследование личностных особенностей 30 медсестер с помощью личностного опросника Кеттелла. Показатели каждого из 16 факторов сравнивались с показателями каждой из фаз СЭВ и с общим показателем выраженности синдрома. Данные были обработаны с помощью метода факторного анализа (табл. 8).

При анализе корреляционных связей между личностными факторами и развитием фаз СЭВ сильной положительной или отрицательной связи не было выявлено ни по одному из факторов. Была найдена прямая положительная связь средней интенсивности между выраженностью всех фаз синдрома и фактором «напряженность – релаксация». Лица, склонные к напряженности, фрустрированности, возбудимости, имеют больше шансов к развитию СЭВ, чем люди, умеющие расслабляться и удовлетворяться имеющимися результатами. Показатели фазы напряжения оказались имеющими обратную средней интенсивности связь с личностным фактором «смелость – робость». У людей робких, застенчивых, не уверенных в себе, склонных к сдержан-

ности в проявлении чувств, легче может развиваться фаза напряжения СЭВ.

Таблица 8

Соответствие личностных характеристик и выраженности фаз СЭВ

Личностные факторы	Фаза напряжения СЭВ	Фаза резистентности СЭВ	Фаза истощения СЭВ	Общий показатель СЭВ
Общительность – замкнутость	-0,32	-0,07	-0,08	-0,18
Ограниченное мышление – сообразительность	-0,18	-0,15	-0,14	-0,17
Эмоциональная устойчивость	<b>-0,43</b>	-0,19	-0,31	<b>-0,35</b>
Независимость – подчиненность	0,00	0,09	0,06	0,05
Озабоченность – беспечность	-0,01	-0,21	-0,08	-0,17
Выраженная сила «Я» – беспринципность	0,11	-0,28	-0,08	-0,13
Смелость – робость	<b>-0,47</b>	-0,28	-0,28	<b>-0,38</b>
Податливость – жестокость	-0,26	-0,24	<b>-0,48</b>	<b>0,34</b>
Подозрительность – доверчивость	0,29	0,15	<b>0,37</b>	0,28
Непрактичность – практичность	-0,28	-0,30	<b>-0,43</b>	<b>-0,38</b>
Гибкость – прямолинейность	0,14	0,03	0,02	0,07
Тревожность – спокойствие	0,25	0,21	0,20	0,25
Радикализм – консерватизм	-0,04	-0,05	0,07	-0,01
Самостоятельность – внушаемость	0,02	0,00	0,15	0,03
Высокий – низкий самоконтроль	0,09	-0,20	-0,14	-0,11
Напряженность – релаксация	<b>0,57</b>	<b>0,57</b>	<b>0,58</b>	<b>0,65</b>

Отмечено, что показатели развития фазы резистентности ни с какими факторами, кроме фактора «напряженности – релаксации», ни прямой, ни обратной связи не имели. Это позволяет нам сделать предположение, что фаза резистентности в данном случае выступает как проявление психологической защиты личности, не зависит напрямую от личностных характеристик и является скорее универсальным механизмом. Показатели фазы истощения имели обратную средней интенсивности связь с фактором «податливость – жестокость», признаки истощения легче

развивались у людей слабых, мечтательных, зависимых и непрактичных. Была выявлена прямая связь средней интенсивности фазы истощения с фактором «подозрительность – доверчивость». Недоверчивые и сомневающиеся люди были склонны к большему истощению. И наконец, развитие фазы истощения имело обратную связь средней интенсивности с показателем «непрактичность – практичность». Более склонны к развитию фазы истощения люди, тщательно выполняющие свою работу, управляемые внешними обстоятельствами.

Таким образом, подводя итоги, можно сказать, что у медсестер психиатрических учреждений распространено развитие СЭВ. В отличие от существующей динамики развития фаз синдрома у них преобладает фаза резистенции. Развитие СЭВ у медсестер психиатрических учреждений зависит от мотивации выбора работы в психиатрии, от удовлетворенности работой и позиции, занимаемой медсестрами по отношению к пациентам. Обнаружена связь развития СЭВ у медицинских сестер с рядом личностных характеристик. Наиболее выраженная в структуре синдрома фаза резистенции имеет связь только с фактором «напряжения и релаксации», с другими факторами достаточных корреляционных связей обнаружено не было, что может говорить об универсальном характере ее развития как проявления механизмов психологических защит при работе с душевнобольными пациентами.

В процессе обучения медсестер на сертификационном цикле в программу мы включали вопросы механизмов развития и клиники СЭВ, вопросы профилактики этого синдрома. В частности, рассматривались глубинные психологические механизмы сохранения личностью психического и психологического здоровья: вопросы принятия себя и окружающей реальности, перфекционистских установок, права на ошибку, жизненных смыслов, выбора, ответственности и др.

В последний день цикла проводилось повторное выполнение теста эмоционального выгорания по В.В. Бойко. В результате были получены следующие данные: проявления синдрома уменьшились у 46,3, усилились у 38,9, остались без изменений у 14,8%. Конечно, эти показатели очень неоднозначны, но тем не

менее, почти у половины медсестер, обучающихся на цикле, проявления синдрома уменьшились.

Мы считаем, что профилактика СЭВ и коррекционные мероприятия у медицинских сестер психиатрических учреждений требуют дальнейшей разработки и должны быть комплексными. К числу мероприятий относятся следующие: занятия или беседы с поступающими на работу новыми сотрудниками, обсуждение реальных трудностей и типичных фрустрирующих ситуаций, возникающих при общении с больными и их родственниками; обучение сотрудников техникам преодоления этих проблем, навыкам коммуникации с больными и их родственниками; регулярные собрания и конференции с персоналом и обсуждение специфики работы с больными конкретного отделения. После критических ситуаций должен быть проведен дебрифинг, основная цель которого – купировать чувство вины, неадекватные реакции на случившееся и восстановление эффективности работы.

Кроме того, мы считаем, что основным в профилактике СЭВ у сотрудников психиатрических учреждений является изменение стиля лечебного процесса. Внедрение реабилитационных технологий – средство профилактики «выгорания» персонала.

### Литература

1. *Бойко В.В.* Энергия эмоций; 2-е изд., доп. и перераб. СПб.: Питер, 2004. 474 с.
2. *Ипатова О.В.* Может ли медсестра «не гореть» на работе? // Сестринское дело. 2004. № 4-5. С. 23-25.
3. *Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. М.: Академический проспект, 1999. 240 с.
4. *Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии. М.: Академический проспект, 1999. 416 с.
5. *Постнов В.В., Дереча В.А., Карпец В.В.* Профилактика синдрома эмоционального сгорания у врачей психиатров-наркологов: пособие для врачей и психологов. М.; Оренбург, 2003. 32 с.
6. *Хетагурова А.К.* Профессиональное выгорание // Сестринское дело. 2004. № 4-5. С. 21-22.
7. *Maslach C.* Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon // *Job Stress and Burnout*. Beverly Hills: Sage. 1982.

---

## ПЕРЕКРЁСТОК КУЛЬТУР

### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВИНСЕНТА ВАН ГОГА: ОБЗОР МНЕНИЙ ВРАЧЕЙ И УЧЕНЫХ

**А.В. Голенков**

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

«Вместо того, чтобы впасть в отчаяние, я избрал себе деятельную меланхолию... надеющуюся, стремящуюся, ищущую...»

Винсент Ван Гог [2, Т.1. С. 108]

Винсент Ван Гог (1853-1890) – всемирно известный голландский художник, представитель постимпрессионизма, как известно, страдал психическими расстройствами, в связи с чем длительно находился в психиатрических больницах. В литературе до настоящего времени не утихают дискуссии вокруг различных сторон этой темы, а также их влияние на изобразительное творчество. Большое место занимает обсуждение причин самоубийства художника. Подавляющее число работ опубликовано на иностранных языках, что затрудняет знакомство с ними отечественных специалистов. Поэтому, с одной стороны, мы постарались познакомить читателей с малознакомыми фактами из жизни и истории болезни Ван Гога, диагностическими суждениями врачей различных специальностей, с другой – обобщить их и вы-



Винсент Ван Гог. Автопортрет с отрезанным ухом (1889)

двинуть свое собственное мнение об обсуждаемом предмете. Основой для настоящего исследования послужили письма Ван Гога [2], известные работы Н.А. Дмитриевой [4] и А. Перрюшо [5], опубликованные на русском языке, а также многочисленные иностранные статьи [7-26]. Первоначально использовались материалы И. Стоуна<sup>1</sup>, однако мы посчитали их избыточными и исключили из окончательного текста статьи.

**Краткая история жизни.** Матери Винсента при рождении шел 34 год, первый ребенок умер год тому назад через 6 недель после родов [5]. Существенная асимметрия лица, неровности черепа и особенности темперамента (значительная эмоциональность) позволили некоторым ученым (Gastout) предположить, что он получил родовую травму [11]. Об этом также могут свидетельствовать и частые головные боли с детства [4].

Винсент рос неразговорчивым и угрюмым ребенком, сторонился своих младших братьев и сестер, не принимал участия в детских играх. Из-за «приступов ярости» дети его побаивались. Выбирал развлечения, для которых можно было уединиться. Любил бродить в одиночестве по окрестностям городка, где собирал растения и насекомых, посещал кладбище, на котором покоился его брат. Рано пристрастился к чтению. Причем читал все подряд «от романов до философских и богословских книг» [5].

До 11 лет ходил в местную школу. Отличался от одноклассников неуступчивым, непослушным, трудным и противоречивым характером. «Не желая подчиняться никакой дисциплине, он выказывал такую необузданность, да и с соучениками вел себя так вызывающе, что пастору (отцу) пришлось взять его из школы» [5. С. 12]. С 12 до 14 лет учился в школе-интернате небольшого городка Зевенбергене, а затем еще полтора-два года – в средней школе Короля Вильгельма II в Тилбурге. В возрасте 15 лет (1868) Ван Гог оставил учебу. Известно, что «он то и дело ссорился с родителями» [4].

В 1869 г. (16 лет) поступает на работу в Гаагское отделение компании «Гупиль и Ко» учеником торговца картинами, где исправно проработал четыре года [4]. В мае 1873 г. (20 лет) перево-

---

<sup>1</sup> *Стоун И.* Жажда жизни: повесть о Винсенте Ван Гоге / пер. с англ. Н. Банникова. СПб.: Северо-Запад, 1993. 511 с.

дится в Лондонское отделение. В конце августа безответно влюбился в Урсулу Лойер [5].

В мае 1875 г. переводится в Париж. 1 апреля 1876 г. получает расчет от управляющего фирмой за нарушение трудовой дисциплины. С этого время по декабрь 1876 г. работает в Англии в качестве помощника учителя в пансионе мистера Стока. В январе-апреле 1877 г. работает в Голландии продавцом книг. С мая 1877 по июль 1878 гг. готовится к поступлению на богословский факультет. Поступает, однако, в миссионерскую школу, где учится в течение трех месяцев. В это же время начинает рисовать (27 лет). По окончании школы ему отказывают в должности, в последующем отправляют в шахтерский городок Боринаж (ноябрь 1878–ноябрь 1880), где он служит проповедником. Во время инспекции Уполномоченный Евангелического общества освобождает Ван Гога от должности за «прискорбное чрезмерное рвение» и нехватку таких качеств, «как здравый смысл и умеренность, которые столь необходимы хорошему миссионеру» [5. С. 56]. Возвращается к родителям в Этген, где находится в течение восьми месяцев (апрель – декабрь 1881 г.). После очередной ссоры с отцом в декабре 1881 г. уезжает в Гаагу, живет там два года с проституткой Син и ее детьми. Затем перебирается в Ньюэнен (1883–1885), где сделал около 240 рисунков и написал около 180 картин. Учится в Школе Изящных Искусств г. Антверпена (1885 – март 1886), затем переезжает в Париж (1886 – февраль 1888). Там посещает частную школу, знакомится с искусством импрессионистов, изучает технику японской гравюры и «синтетические полотна П. Гогена». От парижского периода сохранилось больше 20 автопортретов Ваг Гога. В 1888-1889 гг. живет в г. Арль (Франция). За 14 месяцев создает около 200 картин [5]. С мая по 29 июля 1889 г. с небольшими перерывами находится на лечении в психиатрических больницах Сен-Реми-де-Прованс и Овер-Сюр-Уаз. За это время написал 70 полотен. 27 июля 1890 г. совершает самоубийство: стреляет себе в грудь из пистолета. 29 июля 1890 г. умирает.

**История заболевания.** Сестра матери и другие ее родственники страдали «приступами эпилепсии» [5]. У младших родных братьев и сестры Винсента также обнаруживались психические расстройства: у Тео (Theo) – были психотические нарушения на

фоне заболеваний почек (уремии), незадолго до его смерти [5, 11]; по другим данным, страдал паралитическим слабоумием, что и явилось причиной его смерти [25]. Горнелис (Gornelis) после неудачной женитьбы вербуетея как волонтер в армию буров в Южную Африку с целью погибнуть в бою (хотел совершить самоубийство); самая младшая сестра – Вильгельмина (Wilhelmina) – с 35 лет заболела шизофренией, периодически лечилась в психиатрической больнице, умерла там в возрасте 79 лет [11].

Винсент Ван Гог с детства страдал головными болями [11]. Делались предположения, что «постоянное участие отца в церемониях похорон отражалось на впечатлительном ребенке и этим будто бы отчасти объясняется его склонность к меланхолии и раздумьям о жизни и смерти» [4]. С 1872 г. (19 лет) началась его переписка с братом Тео (15 лет). Уже в письмах того периода неоднократно встречаются повторяющиеся затем высказывания «я печален, но всегда радостен» и «...искать радость и свет в печали» [4].

Первое достаточно глубокое депрессивное состояние перенес в 20 лет после неудачного признания в любви. В течение нескольких месяцев оставался унылым, отстраненным от каких-либо социальных контактов, лишь немного общался со своей семьей [11]. «Прежнего образцового служащего словно подменили. По сведениям очевидцев, он угрюм, раздражителен, ...погрузился в безысходное отчаяние, ...одинок» [5]. В своей первой проповеди (1876) развивает идею «о слиянии печали с радостью в человеческом сердце»; о том, что «...страдание выше радости, но радость и надежда поднимаются из бездны печали» [4. С. 16]. Периодически его посещали мысли о самоубийстве: «Я позавтракал куском сухого хлеба и стаканом пива, – это средство Диккенс рекомендует всем покушающимся на самоубийство как верный способ на какое-то время отвлечься от своего намерения» [5. С. 44].

Прибыл на работу в книжный магазин г. Дордрехта (Южная Голландия) в своей «квакерской одежде» (23 года), чем вызвал недоумение у сотрудников. Окружающие считали Винсента «чужаковатым парнем», «надсмехались над ним». Он не проявлял рвения к торговле, интересовался лишь содержанием книг, вел аскетический образ жизни. Даже родная сестра написала, что «он одурел от благочестия...» [5]. Примерно в это же время (24 года) пришел но-

чью пешком из Этгена на зюндертское кладбище, чтобы встретить там восход солнца. Во время болезни часто вспоминал события детства, кладбище, – все вплоть до сорочьего гнезда на высокой акации у кладбища [4]. Весной он предпринял далекий поход из Боринажа во французскую провинцию Па-де-Кале (где жил один из почитаемых им художников Жюль Бретон). «По дороге туда Винсент ночевал то в стогу сена, то в брошенной телеге, выменивал на хлеб кое-какие свои рисунки. Паломничество вернуло ему бодрость» [4. С. 29].

Учась в миссионерской школе и служа проповедником, «совершенно не заботится о своей внешности, одевается как попало... Страдает от скверной памяти, затрудняющей запоминанию ему текстов проповедей... Потерял сон и похудел... нервность со взрывами ярости... Чудаковатый парень с внезапными вспышками гнева... Раздал беднякам всю свою одежду и деньги, будучи проповедником в Ваме». Большую часть времени ходил босой, был «не такой, как все» [5]. Н.А. Дмитриева в своей монографии описывает, что Винсент в Боринаже (1879) специально ходил босиком, нарочно мазал лицо углем и чуть ли не пытался воскрешать мертвых. Но в поведении не было юродства: в противном случае шахтеры бы едва ли ему доверяли... [4]. Так ли это было, неизвестно, но окружающие насмеялись над ним, называли блаженным за чрезмерную экзальтацию, неприличное поведение... Временами его одолевала «безысходная тоска», но порой охватывали «порывы иступления»... Многие жители считали его безумцем. Неутомимый, не ест, не спит, он давно раздал все, что имел, во время эпидемии тифа [5. С. 55].

Всех, кто сталкивался с Винсентом, поражает его печаль, «пугающая грусть» [5. С. 68]. В письме 1880 г. к брату Тео Винсент соглашается, что он «человек со страстями, способный и склонный совершить более или менее безрассудные поступки», в которых потом сам раскаивается [2. Т. 1]. Окружающие считают его «ничтожеством и бездельником самого худшего толка» [5. С. 75]. «Вместо того, чтобы предаться отчаянию, я избрал путь деятельной печали, насколько я способен быть деятельным, – иными словами, унылой, бездеятельной, отрешенной грусти я предпочел печаль, полную надежд, стремлений и исканий» [5. С. 75].

Во всей доступной литературе о Ван Гоге описывается эпизод его не вполне адекватного поведения: родителям невесты он предложил: «...сколько я продержу руку на огне этой лампы, столько минут пусть Кее (невеста, кузина, дочь пастера Стриккера) будет здесь и выслушает меня! Больше мне ничего не надо! И на глазах у охваченных ужасом родителей тут же протянул руку в огонь» [5. С. 97]. Следы от ожогов на руках потом долго еще были предметом пересудов. Жители Этгена обзывали Винсента бездельником и развратником. Отец считал его никчемным, конченным человеком, обвинял в безнравственности за то, что он влюбился в кузину и перестал ходить в церковь. Пастор даже «стал поговаривать об учреждении опеки над сыном, о лишении его гражданских прав по причине его невменяемости» [4. С. 33].

Ван Гог страдал нарушениями сна с ранними пробуждениями. Известно, что, едва проснувшись, для улучшения состояния сразу начинал рисовать. В письмах сохранились переживания того периода болезни: «...как бесконечно печальна жизнь! И все же я не могу отдаться во власть печали, я должен найти какой-то выход, я обязан работать...» [5. С. 139], «...чтобы возместить ущерб, я должен напряженно работать; когда все иллюзии утрачены, работа – потребность и одна из немногих оставшихся радостей. Работа дает, таким образом, покой и душевное равновесие...» [2. Т. 1. С. 259-260].

Винсента презирали и третировали, как никогда раньше. Жители поселка смеялись лишь при одном появлении «пачкуна», этого неудачника... [5. С. 146].

Очень тяжело перенес смерть отца: «мне легче умереть, нежели жить. Умереть тяжело, но жить еще тяжелее» [С. 161. 5]. На фоне идей самообвинения и самоуничтожения отказался от своей части наследства.

Здоровье его подорвано лишениями (он сидит на одном хлебе и много курит, чтобы обмануть голод)... один за другим у него крошились 12 зубов, пищеварение расстроилось, он кашляет, у него бывают рвоты [5. С. 184]. «Я быстро превращаюсь в старикашку – сморщенного, бородатого, беззубого – это в 34 года» [4. С. 93].

Он почти ничего не ест, зато много пьет кофе и понемногу спиртное. Пристрастился к абсенту, к этому мутному и ядовитому

напитку... Четыре дня подряд пьет только кофе – 23 чашки. Зачастую сидит на одном хлебе... Винсент пребывал в состоянии нервной тревоги, которая теперь редко его отпускала, – спокойствие не давалось [4. С. 68].

С одним из художников, шотландцем Александром Ридом, он задумал совершить совместное самоубийство [5. С. 205].

Пароксизмальные состояния с эпизодами внезапного ужаса, специфическими ощущениями в эпигастральной области, флуктуациями сознания появились у Ван Гога в Париже (1886-1888), на фоне приема абсента. Имеются свидетельства о периодических инициальных спазмах в руке, изумленном и пристальном взгляде, сопровождающихся спутанно-амнестической фазой сознания [11]. В тот период у него «всегда были головокружения и страшные кошмары ...» [4. С. 89].

У Ван Гога периоды стремления к уединенности и тишине всегда чередовались с периодами, когда его влекло к городскому оживлению и пестрой толпе; потом, утомившись, он опять жаждал погрузиться в тишину, а потом снова начинал тосковать по возбуждающим инъекциям города... [4. С. 77]. «Бывал то крайне молчалив, то необузданно шумлив и разговорчив». Повышенная возбужденность, выражающаяся в склонности к шумным спорам и даже ссорам, скорее являлась следствием абсента, которым Ван Гог в Париже стал злоупотреблять, тогда как раньше не питал пристрастия к алкоголю» [4. С. 86].

Винсент особо плохо переносит зиму. Он «то впадает в депрессию, то предается вспышкам неожиданного гнева, с каждым днем становясь все более раздражительным и нетерпимым». 20 апреля – «возбуждение минувших недель спадает – он вновь ощущает физическую немощь» [5. С. 225]. Лето его любимый сезон, но и тогда: «...он часто чувствовал себя подавленным, не мог сопротивляться черной меланхолии – особенно в пасмурные дождливые дни» [4. С. 55].

Мысль о долге часто угнетала Винсента. Он то и дело возвращался к мучительной мысли о том, что никогда не вернет брату потраченных на него денег: «довольно грустная перспектива твердить самому себе, что может быть, моя живопись так никогда и не будет представлять собой никакой ценности» [5. С. 253].

В конце 1888 г. Ван Гог в течение двух месяцев жил и работал вместе с Гогеном. Вечером они регулярно посещали дом терпимости и кафе, где всегда заказывали абсент. На фоне его потребления у Ван Гога развиваются галлюцинации, послужившие причиной ссоры с Гогеном и «ярости против самого себя», в результате которой он отсек себе левое ухо, положил его в конверт и отдал проститутке. После этого довольно крепко уснул, позднее с трудом воспроизводил произошедшие с ним драматические события [5. С. 275-276].

Был впервые в жизни госпитализирован в психиатрическую лечебницу с «приступом буйного помешательства». Его поместили в изолятор: он топает ногами, у него слуховые и зрительные галлюцинации. Врач-практикант Рей квалифицирует состояние как особую форму эпилепсии (доктор Юрпар подтвердил: «Буйное помешательство с общим бредом» [5. С. 278]). «Два дня спустя, 1 января Винсент был уже в полном сознании. Вначале он не вспоминал о своем приступе. Только постепенно он начал сознавать, что в его жизни произошла катастрофа» [5. С. 280].

7 января 1889 г. Винсент окончательно выписался из лечебницы. «Настроение у него подавленное, несколько дней он не может написать письмо Тео. По ночам его мучают бессонница и странные кошмары, которые он скрыл от доктора Рея. Он боится спать один, не уверен в том, что ему удастся заснуть. Обильно посыпает камфарой свой матрац, разбрасывает ее по комнате» [5. С. 282].

Психическое состояние остается довольно нестабильным, настроение постоянно меняется в течение коротких промежутков времени: «Лихорадочное возбуждение, угнетенное состояние духа, новая вспышка энтузиазма и опять упадок сил. Потом начинает казаться, что его хотят отравить [5. С. 289]. В начало декабря 1889 г. рассудок его вновь помрачается...

Сведения о психических расстройствах Ван Гога быстро распространяются среди жителей Арля. Окружающие его постоянно третируют, подвергают остракизму: «тронутый» кричат ему вслед и кидают камни... Ходит в меховой шапке, в одежде, испачканной краской, в жару носит теплое пальто и шейный платок... [5. С. 290]. Позднее жители написали петицию мэру городка, требуя отправить Ван Гога в психиатрическую лечебницу. На фоне

лечения наблюдается лишь незначительное улучшение. По-прежнему «глубокая печаль тяготит его душу». Порой его «охватывает беспричинная странная тоска, а иногда чувство пустоты и усталости в мозгу» [5. С. 297].

1890 г. «Если бы не твоя дружба, я без сожаления пошел бы на самоубийство, и, как я ни труслив, я все-таки кончил бы им». Самоубийство – это та «отдушина», через которую «нам дано выразить протест», – пишет он в письме брату [5. С. 299].

А. Перрюшо так описывает один из приступов болезни: «Винсент водил кистью по холсту, и вдруг его пальцы свела судорога, взгляд стал блуждающим, и он забился в жестоком припадке»... В течение трёх недель, до самого конца июля рассудок не возвращался к Винсенту. В минуты особенно острых приступов он кричал, отбивался, кричал так страшно, что судорога сводила ему горло и он не мог есть. У него появились галлюцинации религиозного содержания» [5. С. 310]. Припадки появляются каждые 2-3 месяца.

20 февраля снова страшный припадок – самые длительные буйные припадки сменялись приступами тяжелой депрессии... Только в первой половине апреля бред больного утих, стал выходить из тяжелого оцепенения, которое всегда сопровождало приступы болезни...

Когда состояния ухудшалось, Ван Гог становился импульсивным, возбужденным, мог ударить надзирателя, либо предпринимал попытки самоубийства. В одном из таких эпизодов ему казалось, что за ним гонится толпа, преследует полиция... Пытался отравиться красками из тюбиков, было дано противоядие... [5. С. 331]. В периоды, когда бред и галлюцинации редуцировались, на первый план выходили витальная депрессия с чувством одиночества, идеями самообвинения, самоуничужения и суицидальными мыслями: «Совершенно один! Душу терзает тоска. С энергией отчаяния он снова хватается за кисть» [5. С. 348].

Самоубийство Ван Гога было обдуманым и подготовленным актом. Он взял пистолет у знакомого под предлогом охотиться на ворон, несколько дней носил его с собой. «Винсент ходит мрачный, встревоженный, – признается трактирщику, что ему больше не вмоготу, что у него нет сил жить» [5. С. 350]. Очередной приступ

«безысходной тоски», очевидно, явился той последней каплей, приведшей к осуществлению задуманных суицидальных замыслов.

**Творчество и психические расстройства.** Ван Гог относится искусствоведами к постимпрессионистам. Это направление, появившееся в середине 80-х годов XIX века, пришло на смену импрессионизму (от франц. *impression* – впечатление). В Советском энциклопедическом словаре говорится, что, «воспринял от импрессионизма чистоту и звучность цвета, постимпрессионизм противопоставил ему поиски постоянных начал бытия, устойчивых материальных и духовных сущностей, обобщающих, синтетических живописных методов, повысил интерес к философским и символическим аспектам, к декоративно-стилизующим и формальным приемам» [6. С. 1057].

Его работам свойственна «страстная эмоциональность», «остродраматическое восприятие жизни», они выдержаны в «сумрачной гамме» (первая половина 80-х годов XIX века); с 1888 г. – «болезненно-напряженная, предельно экспрессивная манера, построенная на контрастных цветах, порывистом ритме, на свободной динамике пастозного мазка» [6. С. 193]. Винсент работает и над натюрмортами. Он пишет череп с сигарой, зловещий образ, окрашенный какой-то жуткой иронией, настоящий вызов смерти; картина брызжет могучим, почти сатанинским весельем...» [5. С. 182]. Сезанн (1886) смотрит их, пейзажи и портреты Ван Гога, качает головой и восклицает: «Ей-богу, это живопись безумца!» [5. С. 203]. Современников его картины разочаровывали и вызывали насмешки: «все эти холодные серые тона, которые считаются изысканными, хотя на самом деле они плоски, неинтересны, подетски беспомощно составлены» [4. С. 76-77]. Недаром его так влекли контрастные цвета – он умел чувствовать странную гармонию духовных контрастов: радость – страдание; спокойствие – напряжение; утешительность – драматизм. Его лучшие полотна одновременно драматичны и приподнято праздничны», – считает Н.А. Дмитриева [4. С. 104-105. 4].

После посещения Парижа и вследствие влияния импрессионистов палитра его картин изменилась. Он полностью изгнал из своей палитры темные тона. Как пишет Н.Смирнов [5. С. 357-375], в ней есть два основных цвета – желтый и синий. Первый – от неж-

но-лимонного до ярко-оранжевого. Отождествляется в его сознании с понятием «жизнь». Второй – от голубого до почти черного, выражал «бесстрастную вечность», «фатальную неизбежность» и «смерть». Впрочем, изменение палитры цветов, с преобладанием желтого, некоторые ученые объясняют ксантопсией (нарушение зрения, когда предметы кажутся окрашенными в желтый цвет) в результате отравления дигиталисом (наперстянкой) [15] и/или сантонином [8]. Р. Lanthony [14] две специфические особенности в картинах Ван Гога трактует следующим образом: цветные ореолы определяются глаукомой художника, а доминирование желтого цвета – дигиталисной ксантопсией.

Н.А. Дмитриева указывает, что часть публики односторонне видела Ван Гога художником «странным», «одержимым», «мистиком», «визионером» [4. С. 362]. Возможно, в этих оценках отражается главным образом знание о его психическом расстройстве и самоубийстве.

**Психиатрические (врачебные) диагнозы.** Многочисленные диагностические суждения врачей неоднозначны и очень вариабельны, достигают 30 самых различных заболеваний [11]. Знакомая с ними, можно сказать, что обсуждался почти весь спектр частной психиатрии: расстройства адаптации [22], пограничное психическое расстройство [16] с трансформацией в психоорганический синдром [17], эпилепсия с аффективными расстройствами и психозом [4], дисфорическое расстройство [11], циклоидный психоз [24], органическое расстройство [19]. Среди других диагнозов встречаются: диффузный менингоэнцефалит, шизофрения, психическая дегенерация и конституциональная психопатия [5], алкоголизм [21] и др. Психоаналитики предлагали свое толкование психических расстройств [5] и отдельных его проявлений в виде самоповреждения [23], получивших название – «синдром Ван Гога» [1].

Е. van Meekeren (2000) считает, что у Ван Гога в течение длительного периода его жизни выявлялись симптомы так называемого пограничного (личностного) расстройства (borderline personality disorder): импульсивность, лабильность настроения, чувство (страх) заброшенности, самоповреждающее поведение. Влияние наследственной психопатологической предрасположенности вместе с недоеданием, интоксикацией и истощением могли способст-

вывать трансформации пограничного психического расстройства в психоорганический синдром с психотическими и судорожными компонентами [17].

Имеется много работ, свидетельствующих об эпилепсии у Ван Гога, но психические расстройства в них либо не обсуждаются, либо рассматриваются как самостоятельная патология [16]. Между тем, по авторитетному мнению Гасто, основой психических расстройств все же является лобно-теменная эпилепсия, спровоцированная потреблением абсента и наличием ранних повреждений лимбической системы мозга [11].

Однако даже самое распространенное диагностическое заключение – эпилепсия – подвергается сомнению. В частности, выдвигается очень интересная гипотеза, что Ван Гог страдал болезнью Меньера (патология внутреннего уха), а не эпилепсией [7]. Как известно, для клиники этого заболевания весьма характерны приступы головокружения, нередко с падением больного. Поскольку болезнь Меньера была описана только после смерти Ван Гога, авторы на основе анализа писем и клиники считают диагноз эпилепсии у художника ошибочным. J.V. Hughes [13] отрицает не только эпилепсию, но и болезнь Меньера, склоняясь к квалификации синдрома Geschwind, который часто сосуществует с лобно-теменной эпилепсией. Такое решение подтверждается отсутствием самопроизвольных припадков. Судорожные состояния, как известно, появились на фоне хронического недоедания и алкоголизации, при употреблении больших доз абсента, вызывающих типичные судорожные состояния.

Весьма своеобразным является мнение об отравлении свинцом, содержащимся в масляных красках, и другими токсическими субстанциями [26]. Приводятся характерные жалобы, встречающиеся в письмах к брату Тео, которые позволяют говорить о нейротоксической энцефалопатии и самоубийстве как влиянии сатурнизма. Среди других токсических веществ обсуждаются: бромиды, камфора, масла из абсента [10, 12], коньяк (абсент), никотин и скипидар [20]. Следствием хронической интоксикации может служить диагноз органического психического расстройства, обусловленного церебральным повреждением или сомати-

ческим заболеванием (F.06) или органическое личностное расстройство (F.07, МКБ-10) [19].

Р.Н. Rahe (1990) иллюстрирует влияние психосоциальных стрессов в развитии расстройства адаптации [22]. Свою точку зрения автор обосновывает диаграммой жизни со специфической хронологией событий, сопутствующих развитию и дальнейшей динамикой болезни. Наиболее патогенным событием может быть стигма психического расстройства [9]. Как хорошо показано в описании жизни художника, он в течение всей своей короткой жизни испытывал влияние семейной и социальной стигмы, являясь, по сути, изгоем общества.

Некоторые авторы, включая К. Ясперса, выставляли художнику диагноз параноидной шизофрении [5]. Однако отсутствие основных (базисных) симптомов этого заболевания и наличие психотических эпизодов с помрачением сознания и полным выздоровлением делает его сомнительным. Нейросифилис может быть отвергнут по схожим соображением: отсутствие сведений о заражении и характерной клиники [11].

Ван Гогу были свойственны длительные эпизоды депрессии с периодами (гипо)мании. Его карьера как евангелиста заканчивается, когда развивается «альтруистическая религиозная мания». Биполярные расстройства сопровождаются периодами очень высокой энергии, энтузиазма и продуктивности, сменяются эпизодами депрессии, столь частыми среди писателей и художников. Углубление депрессии в течение жизни в Париже явилось фактором начала употребления абсента, что ускоряет его вторую большую болезнь – эпилепсию. Ван Гог перенес припадки только после употребления абсента, повышающего судорожную активность. Припадки были парциальными, что указывает на латентный эпилептический очаг, вероятно расположенный в мезотемпоральной области. Они способствовали развитию межприпадочного дисфорического расстройства, а также психотических эпизодов со стойкой амнезией. Самоубийство Ван Гога могло быть неожиданным событием, возможно усугубляющим дисфорическое расстройство [11].

Чрезвычайно заманчивой гипотезой является точка зрения о циклоидном психозе в понимании Клейста-Леонгарда [24]. Речь идет о промежуточном атипичном эндогенном психозе, чем-то

средним между шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. В пользу этого могут свидетельствовать соответствующая клиническая картина психического расстройства («аутохтонная лабильность») Ван Гога, конституциональные особенности и благоприятный прогноз (отсутствие дефектов психики).

Весьма интересным представляется влияние болезни брата Тео на самоубийство Ван Гога. Согласно архивным сведениям психиатрического центра г. Утрехта, Тео Ван Гог страдал паралитическим слабоумием, первые симптомы которого отмечались еще в 1886 г. Их стремительное прогрессирование к 1890 г. во время посещения Винсентом брата в Париже могли явиться решающим мотивом самоубийства великого художника [25].

Причинами самоубийства Ван Гога E. Van Meekeren считает стресс (социальная изоляция, статус психически больного с плохим прогнозом), интоксикацию, вызванную лечением психического расстройства, и болезнь брата Тео [17].

**Закключение.** Самым правдоподобным, на наш взгляд, является заключение об аффективном органическом психозе в понимании Т.Я. Хвиливицкого (1959). Его ещё называют атипичной формой маниакально-депрессивного психоза. Психические расстройства характеризуются с континуальным биполярным течением в виде короткопериодических ритмов (быстрых циклов). При этом не только отрицается, но и допускается сосуществование депрессивных и маниакальных состояний с расстройствами сознания; нарастание частоты приступов болезни; наличие рассеянной неврологической симптоматики. Клинические особенности подтверждаются органическими изменениями в головном мозге, относящимися к внутриутробному и родовому периоду, или раннему детству [1]. Здесь уместно вспомнить о феномене (гипотезе) J. Ballenger, R. Post (1978, 1980) – об амигдаллярном киндлинге («зажигании») в возникновении аффективных расстройств. Токсические (метаболические и циркуляторные нарушения и нарушения питания) и другие раздражения (факторы), воздействуя на головной мозг (лимбическую систему и амигдаллярный комплекс), приводят к разрядке, которая выражается в виде судорожных и/или аффективных проявлений [3]. В случае Ван Гога, наверное, можно говорить о нарастании органических расстройств, постепенном

прогрессировании психических нарушений, переходе от аффективного регистра к судорожному и галлюцинаторно-бредовому. Временами допустимо предполагать наличие смешанных состояний – сосуществование депрессии и мании (раздражение, возбуждение с аффектом тоски; «тревожная гипомания», «улыбающаяся (ироническая) депрессия»). В парижский период жизни, когда на фоне приема алкоголя (абсента, коньяка и др.) впервые появились тонические спазмы с флуктуацией сознания [11], нельзя исключить «рауш-мании (депрессии) – сочетание маниакальных (депрессивных) состояний с обнубиляцией сознания. Психические расстройства прогрессируют, они все больше и больше затрудняют, а временами делают невозможным процесс художественного творчества, ту последнюю возможность как-то зацепиться за жизнь, адаптироваться к окружающему, уйти от многочисленных и неразрешимых проблем («... я никогда уже не достигну тех высот, с которых меня свергла болезнь...» [2. Т. 2. С. 179]).

Диагноз эпилепсии с аффективными и психотическими нарушениями маловероятен. Об этом может свидетельствовать позднее начало заболевания, появление припадков на фоне интоксикации и приема абсента<sup>1</sup>, полиморфизм их проявлений и атипичность. Более того, отсутствуют характерные эпилептические изменения личности (жене брата он представлялся «крепко сбитым, широкоплечим мужчиной» с «веселым выражением и здоровым цветом лица», «во всем облике которого чувствовалось упорство» [5. С. 338]). Н.А. Дмитриева так характеризует Ван Гога: «...вообще снисходительный и терпимый к человеческим недостаткам, незлопамятный» [4. С. 29].

Мы считаем, что самоубийство Ван Гога укладывается в клиническую картину его психического расстройства. Как было показано выше, на фоне сниженного настроения его часто посещали мысли о собственной смерти и он неоднократно предпринимал попытки самоубийства. Суицидальное поведение Ван Гога, как и психические расстройства, также подвержено неблагоприятной динамике. Суицидальные мысли, замыслы трансформируются в стойкие суицидальные намерения и действия. Суицидальное пове-

---

<sup>1</sup> По определению экспертов ВОЗ, эпилепсия характеризуется непровоцируемыми приступами.

дение по типу протеста сменяется суицидальным поведением по типу отказа от жизни. Художник, разочаровавшись в вере («...нахожу отвратительной всю эту систему богопочитания»<sup>1</sup>... [2. Т. 2. С. 170]), утратил религиозное неприятие самоубийства, не боялся обсуждать такую возможность с братом и окружающими, вынашивать планы по его реализации. Жизнь давала все больше поводов для укрепления представлений о полной безнадежности и бессмысленности своего дальнейшего существования. Последняя попытка, завершившаяся летальным исходом, – результат твердого решения уйти из жизни, была совершена на высоте депрессивного состояния и экзистенциального вакуума.

### Литература

1. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. 640 с.
2. *Ван Гог Винсент.* Письма: в 2 т. : пер. и коммент. Н. Щекотова ; под ред. И. Луппова и А. Эфроса. М.: ТЕРРА, 1994.; т. 1. 432 с.; т. 2. 400 с.
3. *Вторичная профилактика психических заболеваний / Р.Я. Вовин [и др.] // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных: под ред. Р.Я. Вовина, Г.Е. Кюне. М.: Медицина, 1989. Гл. 8. С. 214-242.*
4. *Дмитриева Н.А.* Ван Гог: Человек и художник. М.: Наука, 1984. 400 с.
5. *Перрюшо А.* Жизнь Ваг Гога: пер. с фр. М.: Радуга, 1987. 383 с.
6. *Советский энциклопедический словарь: гл. ред. А.М. Прохоров; 4-е изд. М.: Сов. энцикл., 1989. 1632 с.*
7. *Van Gogh had Meniere's disease and not epilepsy / Arenberg L.K. [et al.] // JAMA. 1991. Vol. 265, N 6. P. 722-724.*
8. *Arnold W.N., Loftus L.S.* Xanthopsia and van Gogh's yellow palette // Eye. 1991. Vol. 5, Pt. 5. P. 503-510.
9. *Benezech M., Addad M.* Van Gogh, the stigmatized man of the society // Ann. Med. Psychol. 1984. Vol. 142, N 9. P. 1161-1171.
10. *Berggren L.* Drugs and poisons in the life of Vincent van Gogh // Sven. Med. Tidskr. 1997. Vol. 1, N 1. P. 125-134.
11. *Blumer D.* The illness of Vincent van Gogh // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159, N 4. – P. 519-526.

<sup>1</sup> Судя по письмам [2], Ван Гог разделял многие взгляды Л.Н. Толстого на религию.

12. *Bonkovsky H.L., Cable E.E., Cable J.W.* et al. Porphyrigenic properties of the terpenes camphor, pinene, and thujone (with a note on historic implications for absinthe and the illness of Vincent van Gogh) // *Biochem. Pharmacol.* 1992. Vol. 43, N 11. P. 2359-2368.
13. *Hughes J.R.* A reappraisal of the possible seizures of Vincent van Gogh // *Epilepsy Behav.*, 2005. Vol. 6, N 4. P. 504-510.
14. *Lanthonny P.* Van Gogh's xanthopsia // *Bull. Soc. Ophthalmol. Fr.*, 1989. Vol. 89, N 10. P. 1133-1134.
15. *Lee T.C.* Van Gogh's vision. Digitalis intoxication? // *JAMA.* 1981. Vol. 245, N 7. P. 727-729.
16. *Lemke S., Lemke C.* The psychiatric disease of Vincent van Gogh // *Nervenarzt*, 1994. Vol. 65, N 9. P. 594-598.
17. *van Meekeren F.* Psychiatric case history of Vincent van Gogh // *Ned. Tijdschr. Geneesk.*, 2000. Vol. 144, N 52. P. 2509-2514.
18. *Mehlum L.* Suicidal process and suicidal motives. Suicide illustrated by the art, life and illness of Vincent Van Gogh // *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 1996. Vol. 116, N 9. P. 1095-1101.
19. *Montejo Gonzalez A.L.* Implication of lead poisoning in psychopathology of Vincent van Gogh // *Act. Luso Esp. Neuro Psiquiatr. Cienc. Afines*, 1993. Vol. 25, N 5. P. 309-326.
20. *Morrant J.C.* The wing of madness: the illness of Vincent van Gogh // *Can. J. Psychiatry.* 1993. Vol. 38, N 7. P. 480-484.
21. *Potter P.* Vincent van Gogh (1853-1890). The Prison Courtyard (1890) // *Emerg. Infect. Dis.*, 2003. Vol. 9, N 9. P. 1194-1195.
22. *Rahe R.H.* Psychosocial stressors and adjustment disorder: van Gogh's life chart illustrates stress and disease // *J. Clin. Psychiatry*, 1990. Vol. 52 Suppl. P. 13-19.
23. *Runyan W.M.* Why did Van Gogh cut off his ear? The problem of alternative explanations in psychobiography // *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1981. Vol. 40, N 6. P. 1070-1077.
24. *Strick W.K.* The psychiatric illness of Vincent van Gogh // *Nervenarzt*, 1997. Vol. 68, N 5. P. 401-409.
25. *Voskuil P.H.* Theo van Gogh's medical record // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 1992. Vol. 136, N 36. P. 1777-1780.
26. *Weissman E.* Vincent van Gogh (1853-1890): the plumbic artist // *J. Med. Biogr.* 2008. Vol. 16, N 2. P. 109-117.



Рисунки Ван Гога (по [5]). Слева направо и сверху вниз: «Скорбь» (ноябрь 1882), «Горюющий старик» (май 1890), «Плачущая женщина» (март-апрель 1883), «Женщина в чепце» (март 1883).

Ван Гог стал художником в 27 лет, после начала психического расстройства. Депрессивное (аффективное) состояние так или иначе просматривается в названиях и сюжете его произведений: «Скорбь», «Горюющий старик», «Плачущая женщина», «Меланхолия» – так Винсент называл свои работы, являющиеся воплощением безрадостности и горя. Рисунок «Скорбь», как следует из текста письма Ван Гога брату Тео, «...лучшая из тех фигур, которые я нарисовал, поэтому я решил тебе ее послать...» [2. Т. 1. С. 194] «...я не постыдился показать тебе себя несколько меланхоличным. Я хотел этим сказать, как в книге Мишле: "Но остается в сердце пуста / Которую ничто уж не заполнит"» [2. Т. 1. С. 195].

---

## СОБЫТИЯ И ИМЕНА

### ДЕСЯТИЛЕТИЕ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШСКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА

Кафедра психиатрии и медицинской психологии образована в августе 1999 г., до этого она была курсом (с 1972 г.). Этому способствовали необходимость создания выпускающей кафедры в рамках Медицинского института Чувашского госуниверситета для специальности «Сестринское дело», а также увеличение учебной нагрузки преподавателей за счет введения в учебную программу медицинских вузов часов по педагогике, общей и медицинской психологии. К тому же в 1998 г. доцент А.В. Голенков защитил докторскую диссертацию.

В настоящее время на кафедре работают шесть сотрудников (профессор – заведующий кафедрой, два доцента, старший преподаватель, два ассистента и лаборант), которые преподают студентам лечебного, педиатрического, стоматологического и психологического факультетов. Проводится последиplomное образование в клинической ординатуре (обучено четыре человека).

Кафедра располагается на базе Республиканской психиатрической больницы и Республиканского наркологического диспансера. За время существования сотрудниками кафедры подготовлено около 80 учебных и методических пособий и практических рекомендаций по всем преподаваемым дисциплинам.

Активно работает студенческий научный кружок. Ежегодно на студенческой итоговой конференции делается более 10 докладов. Члены кружка неоднократно становились победителями и занимали призовые места на республиканских студенческих

конференциях, публиковали свои работы в сборниках научных трудов.

За 10 лет года на кафедре защищены одна докторская и семь кандидатских диссертаций. Научное направление кафедры – эпидемиологические и социокультурные исследования в психиатрии и наркологии. Кафедра сотрудничает с научным центром социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, НИИ наркологии (г. Москва). Проводятся совместные с кафедрами Медицинского института Чувашского госуниверситета диссертационные исследования на стыке психиатрии и акушерства, педиатрии, эндокринологии, экологии, неврологии, антропологии и др.

Сотрудники кафедры принимали участие в организации и проведении трех республиканских съездов психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашии (1995, 2000, 2005), многочисленных научно-практических конференциях. Издано 12 сборников научных трудов. Опубликовано около 500 статей, в том числе в центральной печати и за рубежом (Болгарии, США, Англии, Канаде и других странах).

В связи с 10-летием кафедры психиатрии и медицинской психологии ЧГУ запланировано проведение в 2009 году научно-методической конференции «Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования». Материалы по различным аспектам преддипломного и последипломного преподавания психиатрии, наркологии и медицинской (клинической) психологии подготовили преподаватели 23 вузов: Анапы, Астрахани, Иванова, Ижевска, Казани, Кирова, Красноярска, Москвы, Новокузнецка, Оренбурга, Перми, Рязани, Самары, Санкт-Петербурга, Саранска, Ставрополя, Тамбова, Ульяновска, Хабаровска, Чебоксар, Читы, Челябинска, Ярославля.

## ПАМЯТИ ВЛАДИМИРА ПАВЛОВИЧА ФОМИНЫХ

4 марта 2009 г. ушел из жизни доктор социологических наук, профессор, заведующий кафедрой социальной психологии и менеджмента Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова Владимир Павлович Фоминых.



Вклад В.П. Фоминых в развитие психологии в Чувашии трудно переоценить. Он был инициатором открытия направления подготовки профессиональных психологов в Чувашском госуниверситете. В 1993 г. состоялся первый набор абитуриентов по вечерней форме обучения на специальность «психология» со специализациями в области социальной, клинической и возрастной психологии. До этого времени в Чувашской Республике подготовка специалистов-психологов в области социальной и клинической психологии фактически не велась. В 1997 году состоялся первый приём на базе дневного, а в 2008 – на базе заочного отделения ЧГУ. С момента первого выпуска в 1996 году было подготовлено более 350 специалистов в области клинической психологии. Многие выпускники работают в учреждениях образования, здравоохранения, силовых структур. Некоторые из них защитили диссертации под руководством Владимира Павловича в Москве, Санкт-Петербурге, Костроме и Ярославле. Под непосредственным руководством Владимира Павловича Фоминых были проведены три съезда психологов Чувашии, несколько научно-практических конференций, посвящённых проблемам психического здоровья, позволивших специалистам-психологам различных направлений плодотворно обмениваться опытом. В.П. Фоминых был председателем Чувашского регионального отделения Российского психологического общества, являлся членом Высшего экономического совета при Президенте Чувашской Республики. За многолетнюю и плодотворную деятельность был удостоен многих почётных званий и наград.

Хочется надеяться, что начинания Владимира Павловича силами его коллег и учеников продолжат приносить свои плоды на пользу развития психологической науки и практики в республике.

---

## РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

**Великанова Л.П.** Гендерные особенности психологических характеристик стрессоустойчивости и их динамика в младшем школьном возрасте // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 8-18.

Представлены результаты исследования гендерных аспектов психологических особенностей личности в динамике с точки зрения стрессоустойчивости и риска развития психогенно обусловленных состояний дезадаптации и расстройств здоровья. Использовался потенциал современной психологии – психодиагностический подход. Направленность исследований и блок методик сфокусированы на «подсистеме эмоционального реагирования». Выявленные гендерные различия показателей и их динамика иллюстрируют тесную сопряженность эмоциональной сферы и половой принадлежности и подтверждают значимость пола, как одного из биолого-социальных факторов риска возникновения психогенной дезадаптации, а также свидетельствуют о возрастании влияния внешней среды (социума, микросоциума) на процесс формирования индивидуума.

**Салмина-Хвостова О.И.** Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, реабилитационный аспекты) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 19-29.

Нарушения пищевого поведения (ПП) с преобладанием экстернального типа выявлены у 84,9% работников крупного промышленного предприятия. Эти нарушения ПП наиболее выраженными оказались в группе мужчин и ассоциировались в половине случаев с избыточной массой тела и ожирением первой степени. В группе лиц умственного труда нарушения ПП с преобладанием эмоциогенного типа выявлены в 72,6% случаев. Показано отсутствие статистически значимых различий между группами лиц с различным характером труда по частоте избыточной массы тела и ожирения (55,0 и 47,5%). Выявлено отсутствие в группе студентов рационального типа ПП при высоком удельном весе (62,4%) экстернального типа ПП, сопряженного в 3,8% с ожирением первой степени. Разработаны программы профилактики и реабилитации пациентов.

**Уваров И.А., Лекомцев В.Т.** Биопсихосоциальные факторы риска развития алкогольных психозов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 30-40.

Проведен анализ преморбиды у 211 больных алкогольными психозами. Более высокий темп прогрессивности заболевания достоверно чаще наблюдался у лиц с истеро-возбудимыми и возбудимо-неустойчивыми чертами характера. У больных с отягощенной наследственностью по алкоголизму чаще наблюдались структурно-сложные, атипичные формы алкогольных психозов, протекающих с онирическими расстройствами, психическими автоматизмами, профессиональным и мусситирующим делирием ( $r=0,49$ ). Знание преморбидных особенностей может существенным образом повлиять на выбор терапевтической тактики у больных алкогольными психозами.

**Бомов П.О., Будза В.Г. Клинико-социальные характеристики апато-абулического дефекта у больных с дебютом шизофрении в позднем возрасте // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 41-50.**

Рассматриваются особенности клинических проявлений и социальных характеристик больных поздней шизофренией с апато-абулическим дефектным состоянием. Установлено, что данный тип дефекта формируется при непрерывном течении заболевания, длительности его течения от 5 до 10 лет со значительной прогрессивностью процесса, с относительно равномерным поражением всех сфер психической деятельности. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию структуры апато-абулического дефекта у больных поздней шизофренией и оптимизации психосоциальных мероприятий для этого контингента пациентов.

**Голенков А.В., Крылов Д.Н. Электросудорожная терапия: результаты опроса студентов-медиков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 51-58.**

Обследование 200 студентов-медиков (45 мужчин и 155 женщин) старших курсов вуза показало в целом негативное отношение к ЭСТ и низкую осведомленность об этом методе лечения у опрошенных. Существенное влияние оказали материал учебника по психиатрии, общественные мифы и домыслы. Оценки респондентов зависели от их пола, места рождения и жительства, факультета, будущей профессии. Непосредственное знакомство с процедурой ЭСТ улучшает информированность и способствует более адекватному восприятию этого метода лечения, по-прежнему используемого в психиатрической клинике.

**Давтян Е.Н., Давтян С.Э. Семантико-этимологический анализ речевого поведения больных с сенестопатиями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 59-66.**

Цель исследования заключалась в анализе субъективных факторов симптомообразования (семантогенеза) при сенестопатических расстройствах (сенестопатиях). Всего клинически и с помощью компонентного анализа лексики было обследовано три группы психически больных с сенестопатиями (шизофрения – 58 больных; аффективные психозы – 15 больных; органические психозы – 32 больных). Показано, что лексический состав высказываний больных формируется на основе небольшого числа классифицирующих понятий, в соответствии с которыми выделено семь лексико-семантических групп, образующих два тематических ряда: гиперпатический и парипатический. Выдвинуто предположение об аффективной природе сенестопатий.

**Гартфельдер Д.В. Динамика совладающего поведения при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 67-80.**

Приводятся результаты сравнительного исследования изменения поведенческих и когнитивных установок пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Обозначаются явления, снижающие эффективность взаимодействия с лечащим врачом, анализируются причины их возникновения. Делаются выводы относительно динамики социальных отношений и самовосприятия больных при переходе течения заболевания в хроническую форму. Акцентируется внимание на сопутствующих этому процессу поведенческих проявлениях.

**Сергеев М.П. Психодинамическая структура личности у осужденных к лишению свободы // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 81-87.**

С помощью Я-структурного теста Г. Аммона (ISTA) обследовано 1170 осужденных к лишению свободы. В их личностном профиле в порядке от конструктивных к деструктивным и дефицитарным шкалам увеличиваются показатели категорий агрессивности, нарциссизма и сексуальности. Показатели тревожности, внешнего и внутреннего ограничения увеличиваются от конструктивных шкал к деструктивным, и снижаются к дефицитарным. Наиболее отклоняющимися являются показатели дефицитарной агрессии, внешнего деструктивного Я-ограничения, внешнего

дефицитарного Я-отграничения, дефицитарного нарциссизма и конструктивной сексуальности.

**Устна Е.Ю., Николаев Е.Л. О субъективных семантических пространствах личности при соматических заболеваниях // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 88-92**

Цель исследования состояла в выявлении с помощью семантического дифференциала особенностей влияния соматического заболевания на характер и профиль изменения семантических пространств у терапевтических больных. В исследовании участвовали 46 пациентов с различными соматическими заболеваниями и 45 здоровых. Выявлено, что соматическое заболевание оказывает значительное влияние на изменение индивидуальной системы значений, что проявляется в выраженных различиях семантических характеристик понятий «здоровье», «болезнь», «я».

**Лекомцев В.Т. Комплексная коррекция церебрастенического синдрома у детей и школьников // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 93-113.**

В числе психических нарушений, выявляемых у детей и школьников, значительное место занимают резидуально-органические расстройства. К пограничным нарушениям резидуально-органического характера относят церебрастенические состояния. Разработка диагностических критериев, лечебно-адаптационных мероприятий необходима для профилактики возникновения у детей школьной дезадаптации. Представлены основные варианты церебрастенического синдрома: астеногипердинамический; астенодинамический, астеносубдепрессивный, астенопатический варианты; синдром раздражительной слабости. Определены общие принципы работы с детьми, имеющими легкие функциональные нарушения в работе мозга.

**Смирнова О.Ю., Худяков А.В. Эмоциональное выгорание у медсестер психиатрических больниц // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 114-126.**

«Синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) достаточно распространен у медицинских сестер психиатрических учреждений. Чаще встречается вторая фаза – резистенция, что является действием механизма психологических защит. Она отмечена только у тех сотрудников, кто выбрал место работы случайно или из материальных соображений, не удовлетворен своей работой, страдает от больших психологических перегрузок и

большого объема работы, а также предпочитает доминирующую тактику общения с больными. Более высокий уровень формирующейся фазы напряжения чаще встречается при неудовлетворенности высокой степенью ответственности в работе. Выявлена связь между развитием СЭВ и отдельными показателями опросника Кеттелла.

**Голенков А.В. Психические расстройства Винсента Ван Гога: обзор мнений врачей и ученых // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 127-144.**

Наиболее правдоподобным является заключение об аффективном органическом психозе у художника как атипичной форме маниакально-депрессивного психоза с континуальным биполярным течением. Клинические особенности подтверждаются органическими изменениями в головном мозге, стереотипом развития и прогнозом. Среди этиологических факторов наблюдаются: генетические, родовые, токсические, циркуляторные, метаболические и нарушение питания; предрасполагающие факторы тесно переплетаются с провоцирующими, поэтому расстройство протекает неблагоприятно и прогрессивно. Суицидальные намерения и попытки прослеживаются на всем протяжении болезни, мотивы «протеста, крика о помощи» сменяются твердым решением уйти из жизни. Самоубийство Ван Гога укладывается в клиническую картину его психического расстройства.

**Десятилетие кафедры психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 145-146.**

Материал посвящен 10-летию организации в Чувашском государственном университете имени И.Н. Ульянова кафедры психиатрии и медицинской психологии, руководимой проф. А.В. Голенковым.

**Памяти Владимира Павловича Фоминых // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2009. № 5. С. 147.**

В память об ушедшем коллеге, профессоре В.П. Фоминых, приводится ретроспективный обзор результатов его научной, педагогической и организаторской деятельности, освещается его роль в становлении психологии в Чувашской Республике, в частности в развитии клинической психологии.

**ҘАК НОМЕР РЕФЕРАЧЭСЕМ**

**Великанова Л.П. Стрессчӓтӓмлӓхӓн психологи характеристикисем, гендер уйрӓмлӓхӓсем. Ҙак уйрӓмлӓхӓсем кӓсӓн җулхи шул ачисен палӓрни-аталанни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӓваш хыпарҗи]. 2009. № 5. С. 8-18.**

Этемӓн психологи уйрӓмлӓхӓсен гендер аспекчӓсене тӓпченин пӓтӓмлетӓвӓсене кӓтартнӓ. Тӓпчеве стрессчӓтӓмлӓха тата дизадаптаципе сывлӓх пӓсӓлнине пула аталанма пултаракан психика улшӓнӓвӓсене шу-та илсе ирттернӓ. Тӓпчевӓ паянхи психологин тухӓҗлӓ мелӓпе – психодиагностика меслечӓпе – тухӓҗлӓ усӓ курнӓ. Тӓпчев тӓллӓвӓсемпе меслет пайӓсем «кӓмӓл-туйӓм сисӓнчӓклӓхӓн подсистемине» ытларах тимлӓҗӓ. Тупса палӓртнӓ гендер уйрӓмлӓхӓсем, вӓсен аталанӓвӓ сисӓм-туйӓм сферипе ар уйрӓмлӓхӓ пите тачӓ җыхӓнса тӓнине кӓтартса парасӗҗӓ. Ҙапла, психоген дизаптацийӓ мӓнлерех палӓрасси ар уйрӓмлӓхӓсенчен нумай килет. Ҙавӓн пекех индивидуум ӓссе аталанас җӓрте тулаш вӓйсем те (социум, микросоциум) пысӓк пӓлтерӓшлӓ.

**Салмина-Хвостова О.И. Самӓрлӓх чирӓ пуслансассӓн җыннӓн апат-җимӓҗ тыткаларӓшӓ пӓсӓлни (эпидемиологи, клиникӓпа динамика, реабилитаци аспекчӓсем) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӓваш хыпарҗи]. 2009. № 5. С. 19-29.**

Пысӓк промышлӓнӓй предприятӓ ӓҗченӓсен 84,9 % чирлӓ пулни палӓрнӓ. Вӓсен апат-җимӓҗ тыткаларӓшӓ (АҗТ) пӓсӓлӓвӓ ытларах экстерн типлӓ. Кун пек чирпе ытларах арҗынсем аптраҗӓ иккен. Ҙак ушкӓрни ӓҗченсен нумайӓшӓн кӓлетке йывӓрӓшӓ кирлӓ виҗерен ыглашши пулни, җылайӓшӓн самӓрӓлӓх чирӓ (пӓрремӓш степень) пусланни паллӓ пулнӓ. Ӓс-тӓнпа ӓҗлекенсем хушшинче эмоциоген типлӓ АҗТ пӓсӓлӓвне 72,6 % чухлӓ тупса палӓртнӓ. Самӓрӓлса кайнин тӓтӓшлӓхне пӓхса танлаштарас пулсассӓн, тӓрлӓ ӓҗ тӓвакан тӓрлӓ ушкӓрни җынсем хушшинче уйрӓмлӓх җук (55,0 тата 47,5 %). Студентсем хушшинче рациональнӓй типлӓ АҗТ җуккине тупса палӓртнӓ. Анчаҗ җав вӓхӓтрах экстерн типлӓ АҗТ 62,4 % тӓл пулнӓ (3,8 % студентӓн самӓрӓлӓх чирӓ пулнӓ). Пациентсене превенцилес тата реабилитацилес программӓсене хатӓрленӓ.

**Уваров И.А., Лекомцев В.Т. Алкоголь психозӓсене аталантарса яма пултаракан биопсихосоциаллӓ сӓлтавсем // Вестник**

**психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2009. № 5. С. 30-40.**

Алкоголь психозџе чирлџ 211 ҫынăнне преморбид анализџ туса ирттернџ. Ҫак чир хайсен кăмăл-гуйăмне тытса чарма пултарайман ҫынсен пушшех вайлă палăрнă. Аруран-ăру ёҫекен ҫемйере ҫуралса ўснџ ҫынсен алкоголь психозџсем тăтăшрах пулаҫҫџ, йывăртарах иртеҫҫџ. Преморбид уйрăмлăхџсене пџлни алкоголь психозџе чирлекенсене сипленџ чухне питех те кирлџ.

**Бомов П.О., Будза В.Г. Кайранхи тапхăрти шизофренипе чирлџ ҫынсен апато-абули кăлтăкџн клиникăпа социаллă характеристикисем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2009. № 5. С. 41-50.**

Апато-абули тăрăмџнчи шизофренипе чирлџ ҫынсен клиника палăрăмџсемпе социаллă характеристикисене пăхса тухнă. Ҫакăн йышши кăлтăк шизофрени чирџ нумай вăхăт хушши, 5 ҫултан пуҫласа 10 ҫулччен, тăсăлсассăн пулса кайни паллă пулнă. Тупса палăртнă пџтџмлетўсем кайранхи тапхăрти шизофренипе чирлџ ҫынсен апато-абули кăлтăкџн тытăмне тарăнрах аңланма пулăшаҫҫџ, ҫакăн йышши пациентсем валли психосоциаллă мероприятисем йџркелеме май пуррине ёненереҫҫџ.

**Голенков А.В., Крылов Д.Н. Электротуртăмлă терапи: медик-студентсенчен ўйтса пџлнин пџтџмлетџвџсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2009. № 5. С. 51-58.**

Вузăн аслă курсџсенче вџренекен 200 медик-студента (45 арҫынна тата 155 хџрарăма) ўйтса-тџпчесе пџлнџ хыҫҫăн вџсем электротуртăмлă терапи (ЭТТ) йышăнсах кайманни, ҫакăн йышши сиплев меслечџ ҫинчен сахал пџлни палăрнă. Кунăн сăлтавџсем психиатри учебникџсенче материал ҫителџксџр пулнипе те, аслăлăхра пуҫ пулса тăракан тџрлџ суя шухăшсем нумайипе те ҫыхăннă-тăр. Респондетсен хаклавџсем еплерех пуласси ар уйрăмлахџпе, ҫын аҫта ҫуралнипе, вăл аҫта пурăннипе, факультетпа, пулас профессипе тачă ҫыхăнни курăннă. ЭТТ сиплев меслечџе паян кунчченех клиника психиатринче тухăҫлă усă кураҫҫџ. Медик-студенсене ҫак процедурăпа ҫывăх паллашни тџрлџ суя шухăшсене сирме пулăшаты, ку меслет чăннипех тухăҫлă пулнине курăмлă кăтартса параты.

**Давтян Е.Н., Давтян С.Э. Сенестопатипе чирлӗ ҫынсен калаҫу тыткаларашне семантикапа этимологи тӗпчевӗ ирттерни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ҫаваш хыпарҫи]. 2009. № 5. С. 59-66.**

Тӗпчев тӗллевӗ: сенестопати пӗсӗллӗсем пуҫланса каяс ҫӗрте мӗнлерех субъективлӗ факторсем пулма пултарнине пӗлесси. Сенестопатипе чирлекенсен виҫӗ ушкӑнне (шизофренипе – 58 пациент; аффективлӗ психозпа – 15 пациент; органика психозӗсемпе – 32 пациент) клиника мелӗпе тӗпченӗ, вӗсен лексикине компонент тишкерӗвӗ туса ирттернӗ. Чирлисен лексика тытӑмӗ ушкӑнлав йӗркелекен, шучӗпе нумаях мар тӗп ӑнлавсем ҫинче никӗсленет. Ҫавна май, икӗ тематика (гиперпатика тата парпатика) речӗ тӑвакан ҫичӗ лексикапа семантика ушкӑнӗ уйӑрнӑ. Пӗтӗмӗшле тӗпчев сенестопатин аффективлӗ енӗ пурри пирки калаҫма май парать.

**Гартфельдер Д.В. Чӗре чирӗпе чирлекенсен тыткаларашӗ улшӑнни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ҫаваш хыпарҫи]. 2009. № 5. С. 67-80.**

Чӗре чирӗсемпе аптӑракансен тыткалараш-хӑтланӑвсем мӗнлерех улшӑннине танлаштарса тӗпченин пӗтӗмлетӗвӗсене илсе панӑ. Тухтӑр сипленин усине вӑйсӑрлатакан пулӑмсене, вӗсем мӗншӗн ҫуралнине палӑртнӑ. Чӗре чирӗсем питӗ вӑраха тӑсӑлса кайсассӑн чирлӗ ҫынсем хайсене мӗнлерех туйма пуҫланине, вӗсен социаллӗ хутшӑнӑвӗсем еплерех улшӑннине сӑнаса пӗтӗмлетнӗ. Сывмар вӑхӑтра палӑракан тыткалараш паллисене асӑрхаса пынӑ.

**Сергеев М.П. Тӗрмене лекнӗ ҫынсен психодинамика тытӑмӗ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин ҫаваш хыпарҫи]. 2009. № 5. С. 81-87.**

Я-тытӑмлӗ тестпала (ISTA) ирӗкрен хӑтарнӑ 1170 ҫынна тӗрӗсленӗ. Конструктивлӗ, деструктивлӗ тата дефицитарлӗ картсене йӗркипе пӑхсассӑн ҫак ҫынсен агрессивлӗх, нарциссизм, сексуальность категори кӑтартавӗсем усни куҫӑнах. Пӑшӑрхану, шалти тата тулашри хӗсӗклӗх конструктивлӗ картран деструктивли таран ӗссе пырат, хыҫӑн дефицитарлӗ карт патнелле – чакать. Пуринчен те ытларах улшӑнаканнисем: дефицитарлӗ агрессии, тулашри деструктивлӗ Я-отграниченисем, тулашри дефицитарлӗ Я-отграниченисем, дефицитарлӗ нарциссизм тата конструктивлӗ сексуальность.

**Устина Е.Ю., Николаев Е.Л. Семантика чирёсемпе чирлекен ҫыннӑн субъективлӑ семантика талккӑшӑсем ҫинчен // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2009. № 5. С. 88-92.**

Тӑпчев тӑллевӗ: семантика дифференциалӗ пулӑшнине соматика чирёсем ҫын характерӗпе профилӗ ҫине мӑнле витӗм кӑнине тупса палӑртасси пулнӑ. Тӑпчеве соматика чирӗпе аптӑракан 46 пациент тата 45 сыва ҫын хутшӑннӑ. «Сывлӑх», «чир», «ӗпӗ» ӑнлавсен семантика характеристикесем куҫа кураґнмаллах уйрӑлса тӑни лайӑх кураґннӑ. Ҫапла соматика чирёсем пӗлтерӗшсен харкам системи ҫине самаях витӗм кӑнине тупса палӑртнӑ.

**Лекомцев В.Т. Пӗчӗкрех ачасемпе школ ачисен церебрастени синдромӗ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2009. № 5. С. 93-113.**

Пӗчӗкрех ачасемпе школ ачисем хушшинче ытларах тӗл пулакан психика пӑсӑлӑвӗсенчен психозран юлнӑ палӑрӑм пысӑк вырӑн йышӑнать. Ҫакӑн йышши чирсен чикӗри пӑсӑлӑвӗсем шутне церебрастени тӑрӑмне кӗртеҫҫӗ. Диагностика критерийӗсене, сиплев-хӑнӑху мероприятийӗсене аталантарни ачасемшӗн лайӑх профилактика пулса тӑрат – дезадаптаци пуҫланасран сыхлат. Церебрастени синдромӗн тӑп вариантӗсене кӑгартнӑ. Вӗсем ҫаксем: астеногипердинамика; астеноадиномика; астеносубдепрессивлӑ, астеноопатика вариантӗсем; чӑркӑштаракан халсӑрлӑхӑн синдромӗ. Ӑс-тӑн енчен йывӑрах мар улшӑнусем пулса иртнӗ ачасемпе ӗҫлемелли пӗтӗмӗшле ӗҫ мелӗсене палӑртнӑ.

**Смирнова О.Ю., Худяков А.В. Психиатри больницисенче ӗҫлекен медсестрасем кӑмӑл-туйӑм енчен ывӑнса-сунса кайни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2009. № 5. С. 114-126.**

«Кӑмӑл-туйӑм енчен ҫунса пӗтнин синдромӗ» психиатри учрежденийӗсенче вӑй хуракан медсестрасем хушшинче самаях ӑнлӑ сарӑлнӑ. Пуринчен тӑтӑшрах резистенци ятлӑ иккӗмӗш фаза тӗл пулат. Ку вӑл этемӗн хӑйне-хӑй хӗтӗлемелли мел. Ҫак синдром ӗҫ вырӑнне ӑнсӑртран суйласа илнисен, кӑмӑл туртмасӑр уҫа-тенкӗ кирлӗ тесе ӗҫлекенсен, ӗҫ калӑпӑшӗ ытла пысӑкран чунпа питӗ ывӑнакансен, пациентсене хисепе хумасӑр кӑнтмадрах ӗҫлекенсен ытларах тӗл пулат.

Камал-туйам енчен ыванса-сунса кайнин синдроме аталаннипе Кеттелл опросникен уйрам катартавесем хушшинче сыхану пуррине тупса палартна.

**Голенков А.В. Винсент Ван Гоган психика пасалавесем: тухтарсемпе ученайсен шухашесене кескен сутатни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарси]. 2009. № 5. С. 127-144.**

Пуринчен ытла, художникан аффективла органика психозе пулна текен шухаш тересрех пек туйанать. Клиника уйрамлахесене пуç минче пулса иртекен органика улшанавесемпе, чир хай йеркипе аталаннипе тата мен пуласне пелсе танипе сиреплетме пулать. Чир-чере пусарса яракан этиологи салтавесем хушшинче терле факторсем пуррине курма пулать: йах-ару паллисем, менле сурални, терле токсинсем, терес мар есни-сини, метаболікапа циркуляторла пасалузем тата ыт. те. Пулма пултаракан факторсем кулленхи пурнасра сиксе тухакан факторсемпе тача сыханса тарассе, чире йыварлатассе. Мен чир таршшепех сыннан яланах хай сине хайен ал хурас килет. «Хиреслев, пулашу ыйтса» кашкарнин мотиве пурнасран уйраса каятапах текен сиреп шухашпа ылмашанать. Ван Гог хай сине ал хуни психика пасалавепе сыханна, клиника укерчекепе тур килет.

**Чаваш патшалах университетчен психиатрипе медицина психологийен кафедри вуня сул тултарни // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарси]. 2009. № 5. С. 145-146.**

Материала И.Н.Ульянов ячелле Чаваш патшалах университетенчи А.В.Голенков ертсе пыракан психиатрипе медицина психологийен кафедри 10-сул тултарнине халалланя.

**Владимир Павлович Фоминыха асанса // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чаваш хыпарси]. 2009. № 5. С. 147.**

Пирентен уйралса кайна ештеше, В.П.Фоминых профессора асанса унан аслалах, веренту, организатор есе-хелен петемлетевесене ретроспективла обзор туня. Чаваш республикинче психологи, уйрамах клиника психологийе, никеслене серте асчахан тупи пысак пулнине палартна.

## ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

**Velikanova L.P. Specific gender differences in psychological stress resistance and their dynamics in primary school age // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 8-18.**

Results of research for gender aspects of personality psychological features in dynamics from the point of view of its stress resistance and risk for development of psychogenic disorders of adaptation and health are presented. Psychodiagnostic approach is used. The research orientation and the block of techniques are focused on “subsystem of emotional reaction”. Gender differences of characteristics and their dynamics revealed illustrate a presence of close association of emotional sphere with biological sex. They confirm the importance of sex as one of biosocial risk factor for onset of psychogenic disorders of adaptation. They also indicate the increase of environment (society, micro-society) influences on the process of individual formation.

**Salmina-Khvostova O.I. Eating behaviour disorders in obesity (epidemiological, clinical and dynamic, rehabilitation aspects) // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 19-29.**

Eating behaviour disorders (EBD) with prevalence of its external type are revealed in 84.9 percent of workers at large-scale industrial enterprise. They are mostly expressed in males and in half of cases are associated with overweight and initial stage of obesity. EBD prevalence in workers engaged in intellectual pursuits is 72.6 percent. Here they are mainly associated with emotional type. Absence of statistically significant distinctions in prevalence of overweight and obesity in both groups of workers is shown (55.0 and 47.5 percent). Students examined in the research are characterized by lack of reasonable eating behaviour and high level of external type of eating behaviour (62.4 percent) that is associated with initial stage of obesity (3.8 percent of cases). Prevention and rehabilitation programs for such patients are developed.

**Uvarov I.A., Lekomtsev V.T. Biopsychosocial risk factors for alcoholic psychoses development // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 30-40.**

Premorbid analysis of 211 patients with alcoholic psychoses has been carried out. The higher rate of disease progression was statistically more often in patients with combination of hysterical and explosive or unstable and explosive character traits. Complicated structure and atypical forms of alcoholic psychoses with oneiroid disorders, psychic automatism, professional and muttering delirium ( $r=0.49$ ) were more often observed in patients with genetic burden on alcoholism. Thus awareness of a patient's preclinical characteristics can have an essential influence upon choice of therapeutic tactics in case of alcoholic psychosis.

**Bomov P.O., Bubza V.G. Clinical and social characteristics of apato-abulic defect in patients with late age schizophrenia debut // "Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 41-50.**

Features of clinical manifestation and social characteristics in patients with late form of schizophrenia with apato-abulic defect are examined. It is revealed that the given type of defect is formed under continuous course of disorder, its duration from 5 to 10 years with significant progression of the process and rather even lesion of all areas of psychic activity. The data obtained promote deeper understanding of the structure of apato-abulic defect in patients with late form of schizophrenia. They can also facilitate psychosocial rehabilitation of these patients.

**Golenkov A.V., Krylov D.N. Electroconvulsive therapy: results of medical students' survey // "Vestnik psikhatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 51-58.**

Survey of 200 senior year medical students (45 men and 155 women) has shown their negative attitude to electroconvulsive therapy (ECT) and low awareness on this method of treatment. Psychiatry textbook, public myths and conjectures had essential influence on such opinion. Respondents' appraisal depended on their gender, place of birth and residence, faculty of study and future profession. Direct knowledge of the ECT procedure improves information awareness and promotes more adequate perception of this method of treatment still used in psychiatric clinic.

***Davtyan E.N., Davtyan S.E. The semantic and etymological analysis of speech behaviour in patients with cenestopathy // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 59-66.***

The research objective was analysis of subjective factors of symptoms forming (semantogenesis) in sensopathic disorders (cenestopathies). Three groups of psychiatric patients with cenestopathies (schizophrenia – 58; affective psychoses – 15; organic psychoses – 32 patients) were investigated by clinical method and by component analysis of their vocabulary. It is shown that the lexical structure of patients' statements is formed on the basis of small number of classifying concepts according to which seven lexico-semantic groups forming two thematic series (hyperpathic and parapathic) are marked out. It is assumed that cenestopathies have affective nature.

***Hartfelder D.V. Coping behaviour dynamics in patients with cardiovascular diseases // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 67-80.***

The results of comparative study for cardiac patients' behavioural and cognitive attitude change are described. The phenomena that lead to efficiency reduction in interaction with hospital doctor are specified, the reasons for their appearance are analysed. The conclusions on dynamics of interpersonal relations and self-perception caused by transition of the disease to chronic clinical courses are made. Attention is drawn to behavioural signs that accompany the studied process.

***Sergeev M.P. Psychodynamic structure of personality under imprisonment conviction // “Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 81-87.***

By means of the ‘Self structural test of G. Ammon’ (ISTA) 1170 person condemned to imprisonment are studied. Their personality profile is characterized by increase of aggression, narcissism and sexuality indicators in sequence from constructive to destructive and deficient scales. Indicators of anxiety, external and internal self-restriction increase from constructive to destructive scales and decrease to deficient scales. Indicators of deficient aggressions, external destructive self-restriction, external deficient self-restriction, deficient narcissism and constructive sexuality are the most deviating scales.

***Ustina E. Yu., Nikolaev E.L.* Subjective semantic spaces in personality with somatic disease // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 88-92.**

The research objective was revealing by means of semantic differential specific features in somatic disease influence on change of character and profile of semantic spaces in somatic patients. Forty-six patients with various somatic diseases and 45 healthy subjects participated in the research. It was revealed that somatic disease makes considerable impact on change of individual system of values. It was shown in the expressed distinctions of semantic characteristics for concepts of "health", "illness" and "self".

***Lekomtsev V.T.* Integrated correction of cerebroashtenic syndrome in children // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 93-113.**

Residual organic disorders occupy the considerable place among mental disorders that are revealed at children. Cerebroashtenic states belong to boundary disorders. Working out of diagnostic criteria, medical and rehabilitation activity is necessary for prevention of learning disorders in schoolchildren. The basic variants of cerebroashtenic syndrome are presented: astenohyperdynamic; astenodynamic, asteno-subdepressive, asteno-apathic; a syndrome of irritable weakness. The general principles of work with children having light reversible brain disorders are defined.

***Smirnova O. Yu., Khudyakov A.V.* Emotional burning out in nurses of psychiatric hospitals // “Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 114-126.**

Emotional burning out syndrome is more than enough spread in psychiatric nurses. Its second phase of resistance is found more often; that is the result of the mechanism of psychological defense. It is noted only in those nurses who have chosen a work casually or by financial reasons, that who are not satisfied with the work, that who suffer from great amount of work and psychological overloads, that who also prefer dominant tactics of dialogue with patients. Higher level of forming pressure phase is found in cases of dissatisfaction with high degree of responsibility in work. Interrelation between emotional burning out syndrome development and certain scores of Cattell questionnaire is revealed.

**Golenkov A.V. Vincent van Gogh's mental disorders: review of physicians' and scientists' opinions // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 127-144.**

The most probable assumption is the conclusion that the artist had affective organic psychosis as atypical form of manic-depressive psychosis with continual bipolar course. Clinical trends are proved to be true by organic changes in brain, stereotype of development and prognosis for the disease. Genetic, parturitional, toxic, circulatory, metabolic and malnutritional factors are among aetiological factors. Predisposing factors closely intertwine with initiating agents therefore mental disorders proceed adversely and in progression. Suicide intentions and attempts are observed during the whole illness course. Motives of "protest, a call for help" are replaced by the firm decision to depart this life. Van Gogh's suicide keeps within a clinical picture of his mental disorder.

**Decade of the Chuvash State University's Chair of Psychiatry and Medical Psychology // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 145-146.**

The material is devoted the 10th anniversary of the Chair of psychiatry and medical psychology (Chief Prof. A.V. Golenkov) of the I.N. Ulyanov Chuvash State University.

**In memory of Vladimir Pavlovich Fominykh // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2009. No 5. P. 147.**

In memory of Prof. V.P. Fominykh retrospective review of his results in scientific, educational and organisational activity is given. His contribution to psychology science development in Chuvash Republic, and clinical psychology particularly is reported.

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» является научно-практическим изданием, которое публикует оригинальные теоретические и экспериментальные работы, обзоры отечественной и зарубежной литературы, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической (медицинской) психологии и смежных с ними разделов знаний.

Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов. Все формы поддержки, включая грантовую, и поддержка, получаемая от фармацевтических компаний, должны быть обязательно указаны в соответствующем разделе работы.

К публикации принимаются материалы объемом до 65 тыс. знаков (с пробелами). К работе необходимо приложить аннотацию на русском и английском языках с названием работы, кратким изложением ее содержания (объемом до 100 слов), ключевыми словам, а также информацию об авторах. Рукопись отсылается в печатном и электронном вариантах на адрес редакции.

Текст публикации набирается на компьютере (гарнитура шрифта – Times New Roman, стиль – обычный, размер – 11 пунктов) через один интервал, выравнивание по ширине, абзацный отступ – 0,75 см, поля по 2 см, переплёт 0 см. Редакция рекомендует авторам оформлять таблицы, графики и рисунки в черно-белом формате с учетом их размещения на странице размера А5 в виде отдельных файлов.

Сокращения слов не допускаются, за исключением общепринятых. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой. Рисунки должны быть четкими и иметь подрисуночную подпись. Таблицы должны быть наглядными, иметь название, порядковый номер. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте.

Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на иностранных языках указывается после литературы на русском языке. Фамилии и инициалы иностранных авторов могут быть указаны на языке оригинала. Список литературы рекомендуется оформлять в соответствии с требованиями ГОСТ Р 7.0.5-2008, для электронных источников – ГОСТ 7.82-2001. Ссылки на источник в виде порядкового номера помещаются в тексте в квадратных скобках. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

## ТУПМАЛЛИ

Редактор самахё .....6

### ЏИВЁЧ ЫЙТУСЕМ

*Л.П. Великанова*

Стрессчәтәмләхән психологи характеристикесем,  
гендер уйрәмләхәсем. Җак уйрәмләхсем  
кёҗён җулхи шукул ачисен паләрни-аталанни .....8

*О.И. Салмина-Хвостова*

Самәрләх чирё пуслансассән җыннан апат-җимёҗ  
тыткаларәшө пәсәлни (эпидемиологи,  
клиникәпа динамика, реабилитаци аспекчәсем) .....19

*И.А. Уваров, В.Т. Лекомцев.*

Алкоголь психозәсене аталантарса яма  
пултаракан биопсихосоциаллә җәлтәвсем .....30

### КЛИНИКА ПСИХИАТРИЙЁ

*П.О. Бомов, В.Г. Будза*

Кайранхи тапхәрти шизофренипе чирлө  
җынсен апато-абули кәлтәкән клиникәпа  
социаллә характеристикесем .....41

*А.В. Голенков, Д.Н. Крылов*

Электротуртәмлә терапи:  
медик-студентсенчен ыйтса пәлнин пәтәмлетөвөсөм .....51

*Е.Н. Давтян, С.Э. Давтян*

Сенестопатипе чирлө җынсен каласу тыткаларәшне  
семантикапа этимологи төпчөвө ирттерни .....59

## КЛИНИКА ПСИХОЛОГИЙĖ

*Д.В. Гартфельдер*

Чĕре чирĕпе чирлекенсен тыткаларăшĕ улшăнни .....67

*М.П. Сергеев*

Тĕрмене лекнĕ ҫынсен психодинамика тытăмĕ .....81

*Е.Ю. Устина, Е.Л. Николаев*

Семантика чирĕсемпе чирлекен ҫыннăн  
субъективлă семантика талкăшĕсем ҫинчен .....88

## ПСИХОТЕРАПИЕ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

*В.Т. Лекомцев*

Пĕчĕкрех ачасемпе школ ачисен церебрални синдромĕ .....93

*О.Ю. Смирнова, А.В. Худяков*

Психиатри больницисенче ёслекен медсестрасем  
кăмăл-туйăм енчен ывăнса-ҫунса кайни .....114

## КУЛЬТУРАСЕН ТĖЛПУЛАЕВĖ

*А.В. Голенков*

Винсент Ван Гогăн психика пăсăлăвĕсем:  
тухтăрсемпе ученăйсен шухăшĕсене кĕскен ҫутатни .....127

## ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ

Чăваш патшалăх университетĕн психиатрипе  
медицина психологийĕн кафедри вунă ҫул тултарни .....145

Владимир Павлович Фоминыха асăнса .....147

Ҫак номер реферачесĕм  
(вырăсла, чăвашла, тата акăлчанла) .....148

Авторсене пĕлсе тăма .....163

## CONTENTS

Editor's note .....	6
---------------------	---

### ORIGINAL STUDIES

<i>Velikanova L.P.</i> Specific gender differences in psychological stress resistance and their dynamics in primary school age .....	8
<i>Salmina-Khvostova O.I.</i> Eating behaviour disorders in obesity (epidemiological, clinical and dynamic, rehabilitation aspects) .....	19
<i>Uvarov I.A., Lekomtsev V.T.</i> Biopsychosocial risk factors for alcoholic psychoses development .....	30

### CLINICAL PSYCHIATRY

<i>Bomov P.O., Bubza V.G.</i> Clinical and social characteristics of apato-abulic defect in patients with late age schizophrenia debut .....	41
<i>Golenkov A.V., Krylov D.N.</i> Electroconvulsive therapy: results of medical students' survey .....	51
<i>Davtyan E.N., Davtyan S.E.</i> The semantic and etymological analysis of speech behaviour in patients with cenestopathy .....	59

## CLINICAL PSYCHOLOGY

<i>Hartfelder D.V.</i> Coping behaviour dynamics in patients with cardiovascular diseases .....	67
<i>Sergeev M.P.</i> Psychodynamic structure of personality under imprisonment conviction .....	81
<i>Ustina E.Yu., Nikolaev E.L.</i> Subjective semantic spaces in personality with somatic disease .....	88

## PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION

<i>Lekomtsev V.T.</i> Integrated correction of cerebroashtenic syndrome in children:.....	93
<i>Smirnova O.Yu., Khudyakov A.V.</i> Emotional burning out in nurses of psychiatric hospitals.....	114

## CROSSROAD OF CULTURES

<i>Golenkov A.V.</i> Vincent van Gogh's mental disorders: review of physicians' and scientists' opinions .....	127
--	-----

## NAMES AND EVENTS

Decade of the Chuvash State University's Chair of Psychiatry and Medical Psychology .....	145
In memory of Vladimir Pavlovich Fominykh .....	147
Abstracts of the current issue (in Russian, Chuvash and English) .....	148
Instructions to authors .....	163

# **ВЕСТНИК**

## **ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ**

**№ 5**  
**2009**

Подписано в печать 21.07.2009. Формат 60 x 84/16.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.  
Усл. печ. л. 9,34. Уч.-изд. л. 9,1. Тираж 500 экз. Заказ 136

Отпечатано в типографии издательства «Новое время»  
428034, Чебоксары, ул. М. Павлова, 50/1.  
Тел. 46-43-46, 41-27-98