



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИЕ ПСИХОЛОГИН ЧАВАШ ХЫПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



2015 • 11 • 1



ISSN 1993-1298

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

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

Том 11 • № 1
Volume 11 • Number 1

2015

Вестник психиатрии и психологии Чувашии

**Ежеквартальный
рецензируемый научно-
практический журнал**

Издается с 2005 года

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

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

Осуществляет
информационную
поддержку Российского
общества психиатров
и Российского
психологического
общества

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

Адрес редакции:
428015 Чебоксары,
Московский пр., 15

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

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

Главный редактор

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

Зам. главного редактора

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

проф. А.М. Карпов (Казань, Россия)

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

проф. В.Н. Краснов (Москва, Россия)

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

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

Редакционный совет

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

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

проф. М.А. Асимов (Алматы, Казахстан)

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

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

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

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

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

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

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

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

д-р психол. наук В.А. Микаелян (Ереван, Армения)

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

д-р мед. К. Мураяма (Фукуока, Япония)

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

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

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

проф. В. Рутц (Стокгольм, Швеция)

проф. Т. Сёрли (Тромсё, Норвегия)

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

д-р филос. С. Эванс (Нью-Йорк, США)

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

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2015

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii

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

Since 2005

Founder and publisher:
The Ulianov Chuvash
State Univerity

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

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

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

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

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

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

Editor-in-chief

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

Deputy editor

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

Editorial Board

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. Mikaelyan, Dr. Sci. (Yerevan, Armenia)

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

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

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

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

G. Rezvy, M.D., Ph. D. (Bodø, Norway)

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

O. Skugarevsky, prof. (Minsk, Belarus)

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

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

Содержание

От редактора

- 6 Психическое здоровье и аутоагрессия:
перспективы психотерапии и профилактики
Е.Л. Николаев

Актуальные вопросы

- 8 Отношение к смерти после попытки самоубийства:
стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов
К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов
- 21 Анализ публикаций в журнале "Вестник психиатрии
и психологии Чувашии" за 10 лет (2005–2014)
А.В. Голенков

Клиническая психология

- 30 Психологические основы неврозогенеза:
основные концепции и модели
Е.А. Колотильщикова

Психотерапия и психопрофилактика

- 57 Психотерапия и психологическая помощь
больным сердечно-сосудистыми заболеваниями
Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева
- 77 Диалогово-феноменологическая психотерапия
психических расстройств: особенности подхода
И.А. Погодин

В фокусе науки

- 95 Вопросы организации помощи лицам,
страдающим шизофренией (по материалам
22-го Конгресса Европейской психиатрической ассоциации)
Д.А. Крупченко, В.Г. Симонян
- 112 Отражение проблем суицидов и суицидального поведения
на 22-м Европейском конгрессе психиатров
П.В. Краснова, М.М. Денисенко

Точка зрения

- 127 Суицидальный гештальт
Л.Н. Юрьева
- 132 Амбивалентная душа
Д.И. Шустов, О.Д. Тучина

Contents

Editorial

- 6 Mental health and autoaggression:
perspectives of psychotherapy and prevention
E. Nikolaev

Live issues

- 8 Death attitudes after a suicide attempt:
stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients
K. Chistopol'skaya, S. Enikolopov
- 21 Analysis of publications in «The Bulletin of Chuvash Psychiatry
and Psychology» journal for 10 years (2005–2014)
A. Golenkov

Clinical psychology

- 30 Psychological foundations for neurotic disorders:
basic concepts and models
E. Kolotil'shchikova

Psychotherapy and prevention

- 57 Psychotherapy and psychological intervention
for patients with cardiovascular diseases
E. Nikolaev, E. Lazareva
- 77 Dialogue-phenomenological psychotherapy of mental disorders:
peculiarities of approach
I. Pogodin

Focus of science

- 95 Issues of health care provision for people suffering from schizophrenia
(based on materials of 22nd Congress of European Psychiatric
Association)
D. Krupchanka, V. Simonian
- 112 Reflection of suicide and suicidal behavior problems
at 22nd European Congress of Psychiatrists
P. Krasnova, M. Denisenko

Point of view

- 127 Suicidal gestalt
L. Yur'yeva
- 132 Ambivalent soul
D. Shustov, O. Tuchina

УДК 613.86+159.943-021.421
ББК Ю948.1-8Я43+Ю936.2-81Я43

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И АУТОАГРЕССИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ

Психическое здоровье является одним из ключевых факторов благополучия человека, непосредственно связанных с состоянием и перспективами развития общества. Аутоагрессивные тенденции личности в форме суицидального поведения все чаще становятся предметом пристального внимания специалистов службы психического здоровья – психиатров, психотерапевтов, психологов. И, несмотря на большое число исследований в этом направлении, их актуальность не снижается, а только возрастает. Примером чему может быть появление специализированного российского ежеквартального научно-практического журнала «Суицидология», который за короткий срок получил широкую известность. Подтверждение востребованности поднимаемых специалистами проблем о жизни и смерти человека мы также находим в статье московских авторов, которые открывают этот номер журнала статьей, посвященной анализу роли стигматизации в совершении суицидальных попыток.

Тема суицидов и суицидального поведения получает естественное продолжение в обзоре материалов последнего конгресса Европейской психиатрической ассоциации, подготовленном нашими коллегами из Казахстана и Украины. Тесно связанными с задачами профилактики аутоагрессивного поведения являются вопросы организационного характера в отношении пациентов с шизофренией, поднимаемые по итогам общеевропейского конгресса психиатров специалистами из Белоруссии и Армении.

Живым откликом на психологическое исследование отношения к смерти стал комментарий нашей коллеги из Украины, известного специалиста в области суицидологии, которая предлагает гораздо шире посмотреть на проблему суицида, в том числе с исторических и онтогенетических позиций. Свежий взгляд на психотерапию как социальную практику, предполагающую новые отношения и обозначающую зоны безопасности в личностном пространстве человека с зависимостью, для которого весьма акту-

альны аутоагрессивные тенденции, предлагают авторы из Рязани и Москвы.

Психологическим механизмам, лежащим в основе психических нарушений невротического уровня, и особенностям психотерапии и психологической помощи не только при психических расстройствах, но и при соматических заболеваниях посвящены материалы трех следующих работ. Две из них, авторами которых являются чебоксарские и петербургские специалисты, представляют собой аналитические обзоры современной научной литературы в области психологии и медицины. Третья работа, принадлежащая перу нашего белорусского коллеги, – попытка теоретического осмысления возможности альтернативных подходов к психотерапии психических расстройств с позиций, близких к антипсихиатрическим. Публикация данной статьи в нашем журнале не является отражением полного принятия редакцией позиций автора. Это, скорее, приглашение внимательного и равнодушного читателя к аргументированной дискуссии и поиску во взглядах автора возможных зерен рациональности и перспектив для развития психотерапии при различных проблемах психического здоровья.

С этого года журнал выходит в новом формате. Просуществовав целое десятилетие «под крылом» Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов и уверенно встав с ее помощью «на ноги», «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» сегодня получает новый импульс для дальнейшего развития. С учетом того, что его учредителем и издателем становится Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, журнал начинает выходить ежеквартально. Думаю, что читателю будет небезынтересно познакомиться в этом номере с наукометрическими показателями «Вестника психиатрии и психологии Чувашии» за прошедшие годы, их динамикой, сравнить их с аналогичными показателями других журналов этой же тематики, и, конечно же, узнать о его перспективах.

Обращаюсь с пожеланиями творческих успехов авторам, а также полезного чтения тем, кто держит очередной номер этого журнала в руках.

*Главный редактор
Евгений Николаев*

УДК 159.943:616.89-08.441.44

ББК Ю948.4-521.2

ОТНОШЕНИЕ К СМЕРТИ ПОСЛЕ ПОПЫТКИ САМОУБИЙСТВА: СТИГМАТИЗАЦИЯ И САМОСТИГМАТИЗАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ

К.А. Чистопольская¹, С.Н. Ениколопов²

¹ *Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия*

² *Научный центр психического здоровья РАМН, Москва, Россия*

Введение

Для врачей, психологов и психотерапевтов суицидальные пациенты относятся к группе «сложных» не столько из-за тяжести сопутствующих соматических и психиатрических проблем, сколько из-за трудности формирования раппорта – рабочих психотерапевтических отношений. Эти люди не спешат доверять лечащему специалисту, негативистичны, крайне чувствительны к малейшим (даже кажущимся) проявлениям недоверия, неодобрения или отвержения [19]. Как правило, они импульсивны [20], подавлены, испытывают безнадёжность [12], мыслят «туннельно» [7] и заранее ожидают поражения [26], вследствие чего у них сужен репертуар поведенческих реакций [25] и они особенно склонны к повторным суицидальным действиям, причём риск завершённого суицида повышается с числом попыток [18, 23].

Современная теория управления страхом смерти [15] утверждает, что большая часть человеческого поведения может быть понята как попытка достичь психологического равновесия перед лицом осознания своей смертной природы, страхом полного уничтожения. Исследования показали, что после напоминания о смерти человек более склонен к резким и агрессивным суждениям и действиям по отношению к тем, чьё поведение расходится с его внутренними стандартами и *культурной картиной мира* [21, 27]; он старается вытеснить из сознания различные напоминания о телесности (потому что тело уязвимо и смертно, в отличие от идей и традиций, которые способны пережить их носителя) [16]; его мышление становится более ограниченным, консервативным,

ригидным [24]; а пытаюсь убедить себя в собственной неуязвимости, он более расположен к рисковому поведению [28].

Авторы выявили и другие психологические защиты от страха смерти, которые они включили в *культурный буфер тревоги*. В-первых, благоприятная обратная связь о личных качествах человека, его ценностях, его образе в глазах других людей укрепляет его *самооценку* и делает его менее восприимчивым к угрозе, причём устойчивая *подлинная самооценка* («я доволен результатами своих действий», а не «я справился, потому что я гений»: опора на эмпатию, безусловное принятие и собственные достижения) защищает лучше, так как нивелирует негативные эффекты напоминания о смерти [10]. Во-вторых, *творческая активность* поднимает человека над обыденностью, расширяет горизонты реагирования и также защищает от страха смерти – однако она должна сочетаться с социальным признанием и принятием, которые возвращает «творца» в общество, не дают ему остаться непонятым и одиноким (что провоцирует экзистенциальную тревогу) [8]. В-третьих, от страха смерти защищает глубокая душевная *привязанность*: доверительные детско-родительские, дружеские или романтические отношения – чем они надёжней и безопасней (по Дж. Боулби), тем менее человек склонен к неадаптивным ответам [1, 17]. И, наконец, *ностальгия* – приятные воспоминания о важных событиях, людях, местах являются одним из ключевых компонентов стабильного позитивного образа Я и проявлением привязанности, а потому люди с выраженной временной ориентацией на позитивное прошлое имеют иммунитет от страха полного уничтожения [29].

Кроме того, недавние исследования позволили авторам сформулировать *теорию разрушения буфера тревоги* [22]: люди, пережившие травматическое событие (землетрясение, гражданскую войну, домашнее насилие, смерть родителей), у которых позже развились симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (диссоциации, нарушение копинг-стратегий, навязчивые воспоминания и др.), не проявляли классических защитных механизмов в виде отстаивания культурной картины мира и подавления мыслей о смерти, в отличие от пострадавших, у которых не наблюдалось ПТСР.

Мы предположили, что суицидальная попытка также является сильным напоминанием о смерти и травматическим событием, способным вызвать нарушение функционирования буфера тревоги, и поставили перед собой цель описать структуру защит от страхов смерти у людей с разным опытом суицидальных попыток.

Материал и методы исследования

Экспериментальная группа составила 185 пациентов мужского и женского отделений острой токсикологии НИИ СП имени Н.В. Склифосовского после недавней попытки самоотравления (18-25 лет, 65 юношей, 120 девушек). У 37 человек было 2 и более суицидальных попыток в анамнезе, у 105 – одна, 43 человека отрицали суицидальные намерения (вне зависимости от тяжести последствий). Сравнения проводились с выборкой 156 студентов II-III курсов с факультетов менеджмента, социологии и психологии ГУУ г. Москвы (40 юношей и 116 девушек).

Мы адаптировали опросники «Отношение к смерти» [4, 5, 30], «Страх личной смерти» [4, 5, 13], задание «Подберите слово» [4, 9] и «Опыт близких отношений» [14, данные находятся в работе], а также использовали методику Ф. Зимбардо по временной перспективе личности [3, 31], тест жизнестойкости С. Мадди [2] и опросник депрессии А. Бека.

Результаты

Для начала следует отметить, что для людей в относительном психологическом благополучии наиболее проблемной позицией является принятие смерти как бегства: она положительно коррелирует с негативным прошлым ($r = 0,27, p < 0,01$), фаталистическим настоящим ($r = 0,25, p < 0,01$) и депрессией ($r = 0,31, p < 0,01$), отрицательно связана с вовлеченностью ($r = -0,29, p < 0,01$), контролем ($r = -0,24, p < 0,01$), принятием риска ($r = -0,35, p < 0,01$), общим показателем жизнестойкости ($r = -0,34, p < 0,01$). Страх смерти тоже не вполне благоприятен: хотя он и связан с позитивным прошлым ($r = 0,24, p < 0,01$), что, по-видимому, является защитой, он также отрицательно коррелирует со шкалами контроля ($r = -0,29, p < 0,01$), принятия риска ($r = -0,18, p < 0,05$) и жизнестойкости ($r = -0,24, p < 0,01$) и положительно – с депрессией ($r = 0,19, p < 0,05$). Из всех страхов смерти наиболее неблагоприятным показателем является страх забвения. Он показывает степень отчуждения человека от общества, нарушение социальных контактов и коррелирует с негативным прошлым ($r = 0,22, p < 0,01$), фаталистическим настоящим ($r = 0,25, p < 0,01$) и депрессией ($r = 0,45, p < 0,01$), отрицательно связан с вовлеченностью ($r = -0,36, p < 0,01$), контролем ($r = -0,2, p < 0,01$), принятием риска ($r = -0,3, p < 0,01$) и жизнестойкостью ($r = -0,33, p < 0,01$). Также с депрессией связан страх последствий для тела ($r = 0,22, p < 0,01$). Наиболее психологически безопасным является нейтральное принятие смерти («Смерть – естественная часть жизни»),

так как оно отрицательно коррелирует с различными страхами смерти: со страхом последствий для личности ($r = -0,24, p < 0,01$), для тела ($r = -0,22, p < 0,01$), для личных стремлений ($r = -0,21, p < 0,01$), страхом трансцендентных последствий ($r = -0,19, p < 0,05$), положительно связан с гедонистическим настоящим ($r = -0,22, p < 0,01$).

Что касается людей, которые отказывались считать свой поступок попыткой самоубийства (43 человека), по показателям жизнестойкости от выборки нормы они отличались только шкалой «принятия риска» (выше в норме, $p < 0,001$). При этом данные пациенты характеризовались неблагоприятной временной перспективой (негативное прошлое выше в постсуициде, $p = 0,006$, гедонистическое настоящее и позитивное прошлое выше в норме, $p = 0,002$ и $p = 0,032$). Им было свойственно избегание темы смерти (выше в постсуициде, $p < 0,001$), которое сочеталось с отрицанием позиции принятия-приближения смерти (веры в рай и жизнь после смерти – $p < 0,001$, выше в норме) и с крайне негативным отношением к позиции её нейтрального принятия (корреляции со шкалами «вовлеченность» – $r = -0,49, p < 0,01$; «контроль» – $r = -0,39, p < 0,05$; «принятие риска» – $r = -0,5, p < 0,01$; «жизнестойкость» – $r = -0,51, p < 0,01$). Можно предположить, что в глубине души они все-таки признавали свой поступок если не самоубийством, то хотя бы самоповреждающим и опасным поведением. Это косвенно подтверждается тем, что принятие смерти как бегства и нейтральное принятие смерти были позитивно связаны с тревожным стилем привязанности ($r = 0,4, p < 0,01$ и $r = 0,45, p < 0,01$, соответственно) и депрессией ($r = 0,39, p < 0,05$ и $r = 0,35, p < 0,05$). Ориентация на позитивное прошлое сочеталась у них с высоким общим страхом смерти ($r = 0,4, p < 0,01$), страхом последствий смерти для личности ($r = 0,47, p < 0,01$) и личных стремлений ($r = 0,45, p < 0,01$), т.е. защищала от антивитаальных настроений. Ту же функцию выполняла и ориентация на будущее, что проявилось в корреляции со страхом за близких ($r = 0,31, p < 0,05$) и подавлением темы смерти в задании «Подберите слово» ($r = -0,36, p < 0,05$). При этом шкала негативного прошлого, помимо нейтрального принятия смерти ($r = 0,35, p < 0,05$), значимо коррелировала с депрессией ($r = 0,43, p < 0,01$). Фаталистическое настоящее было умеренно связано с принятием-приближением смерти ($r = 0,35, p < 0,05$) и принятием смерти как бегства ($r = 0,32, p < 0,05$).

Пациенты с одной попыткой суицида (105 человек) отличались от нормы по таким параметрам, как низкое принятие-приближение смерти (выше в норме, $p = 0,007$), избегание темы смерти (выше в постсуициде, $p < 0,001$) и широкая палитра страхов смерти (общий

страх смерти – $p < 0,001$, страх последствий для личности – $p < 0,001$, для тела – $p < 0,001$, для личных стремлений – $p < 0,001$, для близких – $p = 0,024$, страх забвения – $p < 0,001$, все выше в постсуициде), большинство из которых положительно коррелировали с тревожным стилем привязанности (общий страх смерти – $r = 0,21, p < 0,05$; страх последствий для личности – $r = 0,21, p < 0,05$; для тела – $r = 0,32, p < 0,01$; для стремлений – $r = 0,27, p < 0,05$; страх забвения – $r = 0,26, p < 0,05$). Страх последствий для тела и страх забвения выступали в качестве дезадаптивных и были связаны с негативной временной перспективой (корреляция страхов последствий для тела с негативным прошлым – $r = 0,34, p < 0,01$; с фаталистическим настоящим – $r = 0,36, p < 0,01$; корреляция страха забвения с фаталистическим настоящим – $r = 0,28, p < 0,01$), а страхи последствий для личности, личных стремлений и близких – с ориентацией на будущее ($r = 0,24, p < 0,05$; $r = 0,23, p < 0,05$ и $r = 0,22, p < 0,05$, соответственно), т.е. выполняли защитную функцию. Жизнестойкость в этой группе была снижена (вовлеченность, контроль, принятие риска, жизнестойкость у всех $p < 0,001$, выше в норме), однако отрицательно коррелировала с принятием смерти как бегства (вовлеченность – $r = -0,54, p < 0,01$; контроль – $r = -0,54, p < 0,01$; риск – $r = -0,55, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = -0,6, p < 0,01$), со страхом последствий для тела (риск – $r = -0,34, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = -0,21, p < 0,05$), со страхом забвения (вовлеченность – $r = -0,24, p < 0,05$; контроль – $r = -0,19, p < 0,05$; риск – $r = -0,28, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = -0,27, p < 0,05$) и с депрессией (вовлеченность – $r = -0,61, p < 0,01$; контроль – $r = -0,51, p < 0,01$; риск – $r = -0,49, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = -0,6, p < 0,01$), т.е. потенциально также являлась защитой. Эти пациенты описывали своё состояние как экзистенциальный кризис, но стремились выбраться из него.

Пациенты с несколькими попытками (37 человек) отличались от нормы высокими *принятием смерти как бегства* и *страхом забвения* ($p = 0,001$ и $p < 0,001$, выше в постсуициде), остальные страхи смерти у них не отличались от нормы, т.е. были довольно низки, в то время как жизнестойкость (вовлеченность, контроль, принятие риска, жизнестойкость – у всех $p < 0,001$) и ориентация на позитивное прошлое ($p = 0,044$) были ниже, чем в норме. Симптоматично, что при этом жизнестойкость для них положительно связана с *избеганием* темы смерти (вовлеченность – $r = 0,49, p < 0,01$; контроль – $r = 0,42, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = 0,45, p < 0,01$), с общим страхом смерти (принятие риска – $r = 0,35, p < 0,05$; жизнестойкость – $r = 0,33, p < 0,05$), со страхом последствий для личности (вовлеченность – $r = 0,4, p < 0,05$; контроль – $r = 0,41, p < 0,05$; принятие риска – $r = 0,42,$

$p < 0,05$; жизнестойкость – $r = 0,49, p < 0,01$) и для личных стремлений (вовлеченность – $r = 0,48, p < 0,01$; контроль – $r = 0,41, p < 0,05$; принятие риска – $r = 0,43, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = 0,49, p < 0,01$), а отрицательно – с *принятием смерти как бегства* (вовлеченность – $r = -0,44, p < 0,01$; контроль – $r = -0,5, p < 0,01$; принятие риска – $r = -0,56, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = -0,56, p < 0,01$) и депрессией (вовлеченность – $r = -0,51, p < 0,01$; контроль – $r = -0,41, p < 0,05$; принятие риска – $r = -0,42, p < 0,01$; жизнестойкость – $r = -0,5, p < 0,01$). Это некие «качели»: от попытки отстраниться от темы смерти вовсе до полного погружения. Что касается временной перспективы, негативное прошлое у них было связано с избеганием темы смерти ($r = -0,41, p < 0,05$) и принятием смерти как бегства ($r = 0,36, p < 0,05$), позитивное прошлое – со страхом смерти ($r = 0,36, p < 0,05$), а фаталистическое настоящее – с принятием-приближением смерти ($r = 0,37, p < 0,05$) и принятием бегства ($r = 0,45, p < 0,01$). Тревожный стиль привязанности у них положительно связан с депрессией ($r = 0,34, p < 0,01$) и отрицательно – со страхом последствий для тела ($r = -0,38, p < 0,05$), а избегающий стиль отрицательно коррелирует со страхом смерти ($r = -0,35, p < 0,05$). Эти люди социально дезадаптированы, одиноки, им требуется заново искать цели жизни и строить свою идентичность.

Сравнение этих трёх групп пациентов между собой показало, что люди с отказом от попытки, в целом, более благополучны: они более жизнестойки (вовлеченность – $p = 0,037$; контроль – $p = 0,003$, жизнестойкость – $p = 0,024$, выше при отказе от попытки) и больше избегают темы смерти ($p = 0,01$), чем пациенты с одной попыткой, у последних же более выражен тревожный стиль привязанности ($p = 0,004$), депрессия ($p = 0,002$), ориентация на фаталистическое настоящее ($p = 0,021$), они больше принимают смерть как бегство ($p = 0,01$) и боятся забвения ($p = 0,013$). Что до людей с несколькими попытками, они отличаются от пациентов с одной попыткой большей ориентацией на негативное прошлое ($p = 0,017$) и избегающим стилем привязанности ($p = 0,054$), и у них ещё больше выражено принятие смерти как бегства ($p = 0,027$), а пациенты с одной попыткой, в отличие от них, больше готовы принимать жизненные риски ($p = 0,042$).

Обсуждение

Таким образом, подтвердилась гипотеза о том, что опыт суицидальных действий снижает общее психологическое благополучие, буфер тревоги и антисуицидальный барьер. Ориентация на позитивное прошлое (ностальгия) и жизнестойкость (самооценка, твердая

жизненная позиция) оказались наиболее действенными защитами, ресурсами, которые следует укреплять и использовать в работе с суицидальными пациентами. Страхи смерти отчасти защищают от повторных суицидальных действий, однако, являясь негативным переживанием, способствуют снижению уровня психологического благополучия и самостигматизации («я сделал это с собой»).

Страхам сопутствует активизация тревожного компонента привязанности при относительно интактной стратегии избегания (*прилипчивый* стиль привязанности по классификации К. Бартоломью [11]): человек начинает сомневаться в близких людях – любят ли они его, не предпочитают ли другим, достаточно ли он для них хорош, и, как следствие, для погашения тревоги, может требовать больше общения, даже становится назойливым. Окружающие не всегда способны понять причину подобного поведения, чего от них хотят, что может привести к отторжению данных пациентов. Люди с большим опытом суицидального поведения наряду с тревожностью задействуют и стратегию избегания – это *робкий* стиль. Беспокойство перерастает в страх отвержения, а потому они не доверяют окружающим и не делятся своими проблемами, что также способствует чувству безнадёжности, одиночества, оставленности и, как следствие, повышению суицидальности. Соответственно, чувство безопасной привязанности является одной из важных целей терапии суицидальных пациентов.

Подтвердились данные о том, что наиболее тяжёлая симптоматика (в данном случае, повторяющееся суицидальное поведение) связана с разрушением буфера тревоги, однако важно учитывать и динамику состояний. В нашем исследовании принятие смерти, страх и избегание темы смерти показали себя разными вариантами отношения к данному явлению, которые соположены, а не противостоят друг другу. Если в норме принятие-приближение смерти может рассматриваться как вариант религиозной картины мира, веры в жизнь после смерти, то у людей с повторяющимся суицидальным поведением эта установка способна облегчать суицидальные реакции; хотя чаще люди после первой попытки самоубийства не принимают смерть. Более того, страх смерти является сильным стрессором, который отнимает ресурсы у человека. Страх смерти надо снимать, а не нагнетать: следует понижать тревогу, вызванную самой суицидальной попыткой, и ориентировать человека на восстановление социальных связей и интеграцию «я».

Страх смерти является стрессогенным и стигматизирующим для самих пациентов, но не следует забывать и об окружающих: близких

и лечащем персонале. Эффекты, описанные в теории управления страхом смерти, распространяются и на них, и если их позитивные защиты (привязанность, эмпатия, подлинная самооценка, ностальгия, творчество) оказываются слабы, на первый план выходит позиция неприятия, стремление отстраниться, «наказать» пациента (иногда осознанно, иногда – спонтанно и незаметно для самого человека). Поэтому для каждого врача и психолога, работающего с суицидентами, особенно важно отслеживать свои состояния и знать, что помогает именно ему стабилизировать душевное равновесие, что укрепляет его буфер тревоги. Наши предварительные результаты исследований профессий подтверждают, что такая внутренняя работа ведётся студентами-медиками и психологами, в частности, они пытаются «вживаться» в своих пациентов [6]. Однако важно находить и путь «наружу», в повседневность, которая, тем не менее, не ранила бы никого.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 480 с.
2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
3. Сырцова А., Митина О.В. Возрастная динамика временных ориентаций личности // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 41–54.
4. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Бадалян А.В., Саркисов С.А. Адаптация методик исследования отношений к смерти у людей в остром постсуициде и в относительном психологическом благополучии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 2. С. 35–42.
5. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмулашвили В.В., Казанцева В.Н., Журавлева Т.В. Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке // Суицидология. 2014. Т. 5, № 2. С. 60–69.
6. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Семикин Г.И., Храмулашвили В.В., Казанцева В.Н. Отношение к смерти у студентов медицинских, гуманитарных и технических специальностей: вопрос суицидального риска [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2014. № 3. С. 227–242. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml (дата обращения: 07.11.2014).
7. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.
8. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Schimel J. Creativity and terror management: Evidence that creative activity increases guilt and social projection following mortality salience. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77 (1), pp. 19–32.
9. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Simon L. Suppression, accessibility of death related thoughts, and cultural worldview defense: exploring the psychodynamics of terror management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 73(1), pp. 5–18.

10. Arndt J., Schimel J., Greenberg J., Pyszczynski T. The intrinsic self and defensiveness: Evidence that activating the intrinsic self reduces self-handicapping and conformity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2002, vol. 28(5), pp. 671–683.
11. Bartholomew K., Horowitz L. M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, vol. 61, pp. 226–244.
12. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, vol. 42, pp. 861–865.
13. Florian V., Kravetz S. Fear of personal death: attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of personality and social psychology*, 1983, vol. 44, pp. 600–607.
14. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, vol. 78, pp. 350–365.
15. Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Baumeister R.F., ed. *Public self and private self*. N.Y., Springer-Verlag, 1986, pp. 189–212.
16. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S., Kluck B., Cornwell R. I am not an animal: Mortality salience, disgust, and the denial of human creatureliness. *Journal of Experimental Psychology: General*, 2001, vol. 130(3), pp. 427–435.
17. Hart J., Shaver P., Goldenberg J. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of personality and social psychology*, 2005, vol. 88, pp. 999–1013.
18. Joiner Jr. T.E. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2005.
19. Kernberg O.F. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.
20. Linehan M.M. Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1987, vol. 1, pp. 328–333.
21. Nelson L.J., Moore D.L., Olivetti J., Scott T. General and personal mortality salience and nationalistic bias. *Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 23, pp. 884–892.
22. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 2011, vol. 24(1), pp. 3–26.
23. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, pp. 18–33.
24. Schimel J., Simon L., Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S., Waxmonsky J., Arndt J. Stereotypes and terror management: Evidence that mortality salience enhances stereotypic thinking and preferences. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77(5), pp. 905–926.
25. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, vol. 55, pp. 49–55.
26. Snyder C.R. *The psychology of hope: You can get there from here*. N.Y., Free Press, 1994.
27. Solomon S., Greenberg J., Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 1991, vol. 24, pp. 93–159.

28. Taubman-Ben-Ari O., Florian V., Mikulincer M. The impact of mortality salience on reckless driving: A test of terror management mechanisms. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 76(1), pp. 35–45.
29. Wildschut T., Sedikides C., Arndt J., Routledge C. Nostalgia: Content, triggers, functions. *Journal of personality and social psychology*, 2006, vol. 91(5), pp. 975–993.
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In: Neimeye R.A., ed. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. N.Y., Taylor and Francis, 1994, pp. 121–148.
31. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *J. Personal. Soc. Psychology*, 1999, vol. 77, no. 6, pp. 1271–1288.

REFERENCES

1. Bowlby J. *Attachment: Attachment and Loss*. Vol. 1. Basic Books Classics, 2nd ed., 1999 (Russ. ed.: Boulbi Dzh. Privyazannost'. Moscow, Gardariki Publ., 2003, 480 p.).
2. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. *Test zhiznestoikosti* [Hardiness Questionnaire]. Moscow, Smysl Publ., 2006, 63 p.
3. Syrsova A., Mitina O.V. *Vozrastnaya dinamika vremennykh orientatsii lichnosti* [Age dynamics of person's temporal orientation]. *Voprosy psikhologii* [Issues of psychology], 2008, no. 2, pp. 41–54.
4. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Badalyan A.V., Sarkisov S.A. *Adaptatsiya metodik issledovaniya otnoshenii k smerti u lyudei v ostrom postsuitside i v otnositel'nom psikhologicheskom blagopoluchii* [Adaptation of the Attitude to death and Fear of death assessment techniques for the healthy individuals and those in acute post-suicidal condition in a Russian sample]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2012, no. 2, pp. 35–42.
5. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Khramelashvili V.V., Kazantseva V.N., Zhuravleva T.V. *Adaptatsiya oprosnikov «Otnoshenie k smerti» i «Strakh lichnoi smerti» na russkoyazychnoi vyborke* [Adaptation of Death Attitude Profile-Revised and Fear of Personal Death Scale in Russian-speaking sample]. *Suitsidologiya* [Suicidology], 2014, vol. 5, no. 2, pp. 60–69.
6. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., Semikin G.I., Hramelashvili V.V., Kazantseva V.N. *Otnoshenie k smerti u studentov meditsinskikh, gumanitarnykh i tekhnicheskikh spetsial'nostei: vopros suitsidal'nogo riska* [Attitude to the death in students of medical, humanitarian and technical specialties: the issue of suicide risk]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru* [Psychological Science and Education PSYEDU.ru], 2014, no. 3. Available at: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml (Accessed 07.11.2014) (In Russ., Abstr. in Engl.)
7. Shneidman E. *The Suicidal Mind*. Oxford University Press, 1998, 187 p. (Russ. ed.: Shneidman E. *Dusha samoubiitsy*. Moscow, Smysl Publ., 2001).
8. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Schimel J. Creativity and terror management: Evidence that creative activity increases guilt and social projection following mortality salience. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77(1), pp. 19–32.
9. Arndt J., Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T., Simon L. Suppression, accessibility of death related thoughts, and cultural worldview defense: exploring the psy-

chodynamics of terror management. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 73(1), pp. 5–18.

10. Arndt J., Schimel J., Greenberg J., Pyszczynski T. The intrinsic self and defensiveness: Evidence that activating the intrinsic self reduces self-handicapping and conformity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2002, vol. 28(5), pp. 671–683.

11. Bartholomew K., Horowitz L. M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, vol. 61, pp. 226–244.

12. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, vol. 42, pp. 861–865.

13. Florian V., Kravetz S. Fear of personal death: attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of personality and social psychology*, 1983, vol. 44, pp. 600–607.

14. Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, vol. 78, pp. 350–365.

15. Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In: Baumeister R.F., ed. *Public self and private self*. New York, Springer-Verlag, 1986, pp. 189–212.

16. Goldenberg J., Pyszczynski T., Greenberg J., Solomon S., Kluck B., Cornwell R. I am not an animal: Mortality salience, disgust, and the denial of human creatureliness. *Journal of Experimental Psychology: General*, 2001, vol. 130(3), pp. 427–435.

17. Hart J., Shaver P., Goldenberg J. Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of personality and social psychology*, 2005, vol. 88, pp. 999–1013.

18. Joiner Jr. T.E. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 2005.

19. Kernberg O.F. *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT, Yale University Press, 1984.

20. Linehan M.M. *Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide*. *Journal of Personality Disorders*, 1987, vol. 1, pp. 328–333.

21. Nelson L.J., Moore D.L., Olivetti J., Scott T. General and personal mortality salience and nationalistic bias. *Personality and Social Psychology*, 1997, vol. 23, pp. 884–892.

22. Pyszczynski T., Kesebir P. Anxiety buffer disruption theory: A terror management account of posttraumatic stress disorder. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 2011, vol. 24(1), pp. 3–26.

23. Rudd M.D. The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2000, vol. 30, pp. 18–33.

24. Schimel J., Simon L., Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S., Waxmonsky J., Arndt J. Stereotypes and terror management: Evidence that mortality salience enhances stereotypic thinking and preferences. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 77(5), pp. 905–926.

25. Schotte D., Clum G. Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, vol. 55, pp. 49–55.

26. Snyder C.R. *The psychology of hope: You can get there from here*. N.Y., Free Press, 1994.

27. Solomon S., Greenberg J., Pyszczynski T. A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 1991, vol. 24, pp. 93–159.
28. Taubman-Ben-Ari O., Florian V., Mikulincer M. The impact of mortality salience on reckless driving: A test of terror management mechanisms. *Journal of personality and social psychology*, 1999, vol. 76(1), pp. 35–45.
29. Wildschut T., Sedikides C., Arndt J., Routledge C. Nostalgia: Content, triggers, functions. *Journal of personality and social psychology*, 2006, vol. 91(5), pp. 975–993.
30. Wong P.T., Reker G.T., Gesser G. Death-Attitude Profile-Revised: A Multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In: Neimeyer R.A., ed. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. N.Y., Taylor and Francis, 1994, pp. 121–148.
31. Zimbardo P., Boyd J. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *J. Personal. Soc. Psychology*, 1999, vol. 77, no. 6, pp. 1271–1288.

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

Аннотация. В статье с позиции теории управления страхом смерти рассматривается проблема стигматизации суицидальных пациентов людьми из ближайшего окружения, врачами и психологами, а также самими суицидентами (самостигматизация). Приводятся данные исследования людей в период острого постсуицида (люди с отказом от попытки ($n = 43$), с одной ($n = 105$) и несколькими попытками самоубийства ($n = 37$)) и сравнения их с выборкой нормы ($n = 156$) по параметрам жизнестойкости, временной ориентации, привязанности, отношению к смерти и страхам смерти. Причина стигматизации представляется в близости пациентов к смерти и формировании неадекватных защит по отношению к этому явлению. Даются рекомендации для реабилитации суицидальных пациентов и поддержания здорового отношения к данной группе больных у людей помогающих профессий.

Ключевые слова: теория управления страхом смерти, страх смерти, жизнестойкость, привязанность, временная перспектива, стигматизация.

Информация об авторах:

Чистопольская Ксения Анатольевна, младший научный сотрудник отдела суицидологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» МЗ РФ. Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, стр. 10. Тел. +7 495 9637572. ktchist@gmail.com.

Ениколопов Сергей Николаевич, кандидат психологических наук, заведующий отделом медицинской психологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН. Россия, 115522 г. Москва, Каширское шоссе, д. 34. Тел. +7 499 6159317. enikolopov@mail.ru.

Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubiistva: stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya suitsidal'nykh patientov [Death attitudes after a suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 8-20.

Abstract. The article looks into the problem of stigmatizing suicidal patients by their closest people, doctors and psychologists, as well as suicidal people themselves (self-stigmatization) from the point of view of terror management theory. There are also presented the data of the research carried out on a group of people in their acute post suicide period (people who refused from recent suicide attempt ($n = 43$), with one ($n = 105$) and several suicidal attempts ($n = 37$) in comparison with the control sample ($n = 156$) with regard to vitality, time-perspective, attachment, attitude to death and death fears. The reason for stigmatization is perceived to lie in closeness of patients to death and their inadequate psychological defenses toward this phenomenon. The recommendations are given for rehabilitation of suicidal patients and maintenance of healthy attitudes toward them in people of helping professions.

Keywords: terror management theory, fear of death, vitality, attachment, time-perspective, stigmatization.

Information about authors:

Chistopol'skaya Ksenia, Junior Researcher of Suicidology Department, Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Ministry of Health, Russian Federation. 3, Poteshnaya ul., build. 10, Moscow, 10776, Russia. Tel. +7 495 9637572. *ktch-ist@gmail.com*.

Enikolopov Sergey, PhD in Psychology, Head of Medical Psychology Department, Mental Health Research Center of Russian Academy of Medical Sciences. 34, Kashirskoe shosse, Moscow, 115522, Russia. Tel. +7 499 6159317. *enikolopov@mail.ru*.

Поступила: 08.12.2014

Received: 08.12.2014

УДК 050:[616.89+15]

ББК Ч612.4(2Рос.Чув)723:Р64+Ч612.4(2Рос.Чув)723:Ю9

АНАЛИЗ ПУБЛИКАЦИЙ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ» ЗА 10 ЛЕТ (2005–2014)

А.В. Голенков

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

Введение

Совсем недавно сообщество психиатров Чувашии отметило своё 50-летие, история которого началось в сентябре 1962 г. [5]. Тогда научное общество невропатологов и психиатров республики состояло всего из 35 врачей. Первая конференция с изданием тезисов докладов состоялась в 1973 г., вторая – в 1982 г., а третья – в 1992 г. С 1995 г. начали регулярно каждые 5 лет проводиться съезды психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашии. В промежутках между ними организовывались республиканские конференции, посвящённые актуальным проблемам психиатрической науки, а также знаменательным событиям, связанным с деятельностью Республиканской психиатрической больницы. Детальный анализ отмеченных событий, тематики, хронология и статистические показатели описаны в [2, 3]. Все это способствовало созданию в 2005 г. журнала «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» (ВППЧ), являющегося печатным органом Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов и психологов [5].

В редакционную коллегию ВППЧ сразу вошли многие авторитетные учёные из России, стран ближнего (Армения, Казахстан, Литва, Таджикистан) и дальнего (Греция, США) зарубежья. С момента внесения в регистр Международного центра сериальных изданий (ISSN 1993-1298, Париж, Франция) и включения в базу Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) – ещё представители Австрии, Германии, Норвегии, Украины, Белоруссии.

На современном этапе развития науки большое внимание уделяется рейтинговой оценке журналов, которая отражает качество статей, индекс цитирования и другие индикаторы научной публикации [6–20]. Поэтому каждое издание нуждается в мониторинге и критичном наукометрическом анализе.

Материал и методы исследования

Настоящее исследование основано на анализе 108 публикаций в журнале за 2005–2014 гг. Использовались многие критерии оценок, описанные нами в предыдущих работах по науковедению [3, 4, 7]. Из исследования были исключены работы, не имеющих наукометрических показателей (хроника, персоналии, рецензии и др.).

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчёт среднего значения – M , стандартного отклонения – SD), критерия Пирсона (χ^2) для таблиц – 2×2 .

Результаты и обсуждение

Журнал публикует оригинальные статьи по клинике и лечению психических расстройств, обзоры литературы, лекции, дискуссии, краткие сообщения, случаи из практики, материалы по истории психиатрии. Содержит аннотации статей на русском, английском и чувашских языках. Полнотекстовые варианты всех статей доступны для просмотра в Российской электронной библиотеке, на сайте Российского общества психиатров и электронного журнала «Медицинская психология в России».

Согласно данным электронной библиотеки, за 10 лет общее число статей из журнала в РИНЦ составило 173, в среднем 17 статей в выпуске [20]. К медицине и здравоохранению отнесено 165 публикаций, психологии – 7, языкознанию – 1. Больше половины (60,7%) статей было написано одним или двумя авторами. Число цитирований составило 84 в 18 изданиях, чаще всего в журнале «Вестник Чувашского университета» (21), публиковавшем статьи по медицине и входящем в список ВАК. В итоге двухлетний импакт-фактор (ИФ) РИНЦ в 2014 г. журнала «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» достиг 0,357 (без самоцитирования – 0,250), пятилетний, соответственно, – 0,339 (0,271) (табл. 1). ВППЧ занимает 22-е место в рейтинге отечественных психиатрических журналов. Большинство изданий выходит в Москве (15), три – в Санкт-Петербурге, по одному – в Казани, Томске и Тюмени.

Как показывает анализ, авторами из Чувашии написано 47 статей (43,5%), а больше половины (56,5%) принадлежит учёным из 12 городов России (40 статей – из Санкт-Петербурга, Ижевска и Москвы), 6 стран (13) ближнего (Беларусь – 4, Таджикистан и Украина – по 3, Азербайджан, Казахстан, Киргизия – по 1) и 6 стран (8) дальнего (Австрия, Англия, Германия, Норвегия – по 1, Израиль и Сербия – по 2 статьи) зарубежья; 4 статьи в журнале были опубликованы на английском языке.

Таблица 1. Динамика ИФ РИНЦ журнала в 2008–2013 гг. [по 20]

Показатель в РИНЦ	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Число статей	9	12	10	12	16	12
Двухлетний ИФ	0,071	0,067	0,000	0,136	0,182	0,357
Двухлетний ИФ (без самоцитирования)	0,000	0,067	0,000	0,045	0,136	0,250
Пятилетний ИФ	-	-	-	-	-	0,339
Пятилетний ИФ (без самоцитирования)	-	-	-	-	-	0,271
Общее число цитирований журнала в текущем году	1	3	2	4	20	28

Оригинальные исследования составили 63,9%, обзоры – 17,6%, лекции – 10,2%, статьи по истории психиатрии – 8,3%. Различным психологическим аспектам на стыке с медициной посвящено 38,9% статей, психиатрии – 38,0%, психотерапии – 15,7%, наркологии – 7,4%. Единичные публикации были посвящены психофармакотерапии психических расстройств, являющейся весьма популярной и востребованной тематикой среди психиатрических исследований. К примеру, в весьма авторитетном в мире журнале «Acta Psychiatrica Scandinavica» за 50 лет рандомизированные и контролируемые исследования составили 8,6%. Большинство принадлежало авторам из Европы (80%), по вопросам вмешательств при депрессии (38%) и шизофрении (27%) [16]. Из обозначенных нами приоритетов развития психиатрической науки в Чувашии довольно успешно реализуется клинично-эпидемиологическое направление, определённые успехи достигнуты в области судебной и социальной (этнокультурной) психиатрии, прикладных аспектах наркологии и психотерапии. Явно недостаточно пока работ по умственной отсталости, эпилепсии и суицидальному поведению, преобладающим в структуре заболеваемости (болезненности) [1, 2].

Таблицы содержались в 38,9% статей (от 0 до 8; в среднем – $0,8 \pm 0,8$), рисунки – в 24,1% (от 0 до 9; в среднем – $0,4 \pm 0,4$). Список литературы включал в среднем $19,3 \pm 24,2$ источника (от 0 до 144), на русском языке – $12,6 \pm 15,1$ (0-87) и иностранных – $7,4 \pm 14,6$ (0-82); без литературы было 6,5 % статей.

В резюме статей использовалось 552 слова, чаще всего Чувашия и другие названия республики – 30 раз. Из других слов: психотерапия (psychotherapy) – 18, психиатрия (psychiatry) – 14, психические расстройства (mental disorders) – 13, психология (psychology) – 9 [20]. Этот факт наглядно отражает название и тематику журнала.

Математико-статистическая обработка использовалась в 43 работах из 67 (64,2%), чаще всего описательная статистика – 81,4%, корреляционный анализ – 37,2% и *t*-критерий Стьюдента – 32,6% (табл. 2). При сравнении с другим медицинским журналом, выходящим в республике и проанализированном нами, чаще использовались однофакторный дисперсионный анализ ($p = 0,006$) и корреляционный анализ ($p = 0,006$), но реже *t*-критерий ($p = 0,01$) и непараметрические статистические методы ($p = 0,03$). Редко применялись методы многомерной статистики (факторный анализ, многофакторный регрессионный и кластерный анализ и др.).

Таблица 2. Статистические методы, используемые в публикациях журнала, %

Метод	ВППЧ	В журнале ЗЧ [4]	χ^2 , df=1#	<i>p</i>
Описательная статистика: средние значения, стандартное отклонение, ошибки и др.	81,4	75,0	0,60	НД*
Корреляционный анализ	37,2	26,6	1,36	НД*
<i>T</i> -критерий (Стьюдента)	32,6	56,3	5,779	.01
Дисперсионный анализ	18,6	3,1	7,274	.006
χ^2 -распределение (хи-квадрат)	16,3	10,9	0,64	НД*
Факторный анализ	7,0	1,6	2,00	НД*
Непараметрические методы (Манна-Уитни, Вилкоксона и др.)	7,0	21,9	4,272	.034
Кластерный анализ	–	3,1	1,36	НД*

Примечание. # df – число степеней свободы, * НД – недостоверно.

Самым серьёзным недостатком многих работ являлось недостаточно подробное описание материалов (характеристики обследованных) и методов исследования. Отсутствие полной ясности и детализации этого раздела публикаций существенно затрудняет понимание и воспроизведение процедуры исследования другими специалистами (учёными). В ряде работ, например, приводились ссылки на статистические пакеты без уточнения метода(-ов) обработки полученного материала, что делает исследование в глазах читателей ещё и не вполне достоверным.

Как свидетельствуют данные литературы, в отечественных психиатрических журналах редко приводятся результаты наукометрических исследований. Значительная часть публикаций пока

посвящена накоплению фактического материала для проведения таких работ [6, 8, 9]. Это существенно затрудняет прогнозирование и управление научно-исследовательской деятельностью в области психиатрии на всех уровнях (региональном, окружном, федеральном).

Изучая публикационную активность отечественных учёных в области психиатрии, С.А. Трущелев обнаружил всего 5 учёных, вошедших в число 100 наиболее цитируемых авторов. Большая часть ссылок (76,2 %) приходилась на архивные научные источники (спустя пять лет после публикации), цитируемость их работ была ниже, чем в зарубежных журналах, что свидетельствует о «пассивности продвижения научного знания». Наиболее часто цитировались работы клинико-феноменологического направления, тогда как за рубежом – фундаментального [9].

Как известно, важность научного журнала во многом определяется ИФ (индексом влияния издания), который зависит от области исследования и его типа («локальная обособленность некоторых направлений науки»). Издания с высоким ИФ скрупулёзно отбирают статьи и подвергают их тщательному независимому рецензированию двумя или тремя специалистами по профилю присланной в редакцию статьи. ИФ журнала прямо коррелирует с ссылками на «свежие публикации» [6, 8].

В зарубежных библиометрических исследованиях также большое внимание уделяется различным индексам журналов и рейтингу цитируемости статей, дается обзор динамики ИФ психиатрических изданий в различных регионах мира (Австралия, Бразилия, страны Европы, «арабский мир» и др.) [10–12, 14, 15, 19]. Непрерывно проводится критический анализ использования научных методов и статистики в публикациях [18], качества статей и научной продукции той или иной страны [15]. Причём 40–50% статей, имеющих от 30 до 50 и более цитирований, публикуются в 10 ведущих психиатрических журналах мира, т.е. прослеживается связь между ИФ журнала и цитированием его статей [13]. 100 наиболее цитируемых статей из психиатрических журналов можно разбить на пять категорий: шкалы/измерения показателей, описание/эпидемиология, механизм (аппаратура), управление (организация) и диагностика (imaging). Эти статьи публиковались в 24 журналах, лидерами которых являются Archives of General Psychiatry (56 или более половины всех публикаций), American Journal of Psychiatry (6) и Psychological Medicine (6). На место в рейтинге журналов влияют

язык публикации, область исследования, страна издания, авторитет (ИФ) и известность авторов статей [17].

Таким образом, за 10 лет «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» прошёл процесс становления, достиг определённого уровня и органически вписался в когорту отечественных психиатрических журналов. Нужно продолжить работу по популяризации журнала в России и за рубежом, привлекать для публикации статей авторитетных учёных и специалистов. Устранение отмеченных недочетов, а также увеличение частоты выпусков журналов в течение года (от 2 до 4) могут существенно улучшить наукометрические показатели издания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.В. Приоритеты развития науки Чувашии в области охраны психического здоровья // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2005. № 1. С. 82–85.
2. Голенков А.В. Исследования по психиатрии и наркологии в Чувашии: прошлое, настоящее и будущее // Здоровоохранение Чувашии. 2008. № 1. С. 87–96.
3. Голенков А.В. Республиканские научно-практические конференции по психиатрии, наркологии и психотерапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 124–132.
4. Голенков А.В. Наукометрический анализ публикаций (2004–2008 гг.) в журнале «Здоровоохранение Чувашии» // Здоровоохранение Чувашии. 2009. № 1. С. 91–98.
5. Голенков А.В., Николаев Е.Л. 50 лет сообществу психиатров Чувашии // Психическое здоровье. 2013. № 8. С. 65–67.
6. Решетников В.А., Трущелёв С.А. Индикаторы научно-исследовательской деятельности // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2011. № 2. С. 76–83.
7. Сапожников С.П., Голенков А.В. Приоритетные медико-биологические исследования в Чувашии по данным наукометрического анализа публикаций // Вестник Чувашского университета. 2014. № 2. С. 351–356.
8. Трущелёв С.А. О развитии дисциплинарного и институционального подходов к генерации знаний в области психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 3. С. 84–89.
9. Трущелёв С.А. Цитируемость публикаций отечественных учёных в области психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2012. № 5. С. 118–122.
10. Afifi M.M. Mental health publications from the Arab world cited in PubMed, 1987–2002. *East Mediterr. Health J.*, 2005, vol. 11(3), pp. 319–328.
11. Davies J. A critical survey of scientific methods in two psychiatry journals. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 1987, vol. 21(3), pp. 367–373.
12. Heidenreich U., Baethge C. German language psychiatry journals in Germany – a quantitative analysis. *Psychiatr Prax.*, 2012, vol. 39(1), pp. 26–33.
13. Hunt G.E., Cleary M., Walter G. Psychiatry and the Hirsch h-index: The relationship between journal impact factors and accrued citations. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2010, vol. 18(4), pp. 207–219.

14. Gerolin J., Bressan R.A., Pietrobon R., Mari J. Ten-year growth in the scientific production of Brazilian Psychiatry: the impact of the new evaluation policies. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2010, vol. 32(1), pp. 6–10.
15. Kieling C., Gonçalves R.R. Assessing the quality of a scientific journal: the case of Revista Brasileira de Psiquiatria. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2007, vol. 29(2), pp. 177–181.
16. Matar H.E., Almerie M.Q., Al Marhi M.O., Adams C.E. Over 50 years of trial in Acta Psychiatrica Scandinavica: a survey. *Trials*, 2009, vol. 27(10), p. 35.
17. Mazhari S. The 100 top-cited articles published in psychiatric journals. *J. Psychiatr. Pract.*, 2013, vol. 19(4), pp. 327–338.
18. McGuigan S.M. The use of statistics in the British Journal of Psychiatry. *Br. J. Psychiatry*, 1995, vol. 167(5), pp. 683–688.
19. Rocha F.F., Fuscaldi T., Castro V. et al. Brazilian scientific production in the 40 psychiatric journals with high impact factor in 2006. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2007, vol. 53(6), pp. 543–546.
20. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]. <http://elibrary.ru> (дата обращения: 01.12.2014).

REFERENCES

1. Golenkov A.V. *Prioritety razvitiya nauki Chuvashii v oblasti okhrany psikhicheskogo zdorov'ya* [Priorities of science development in the field of mental health protection in Chuvashia] (Russian). *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2005, no. 1, pp. 82–85.
2. Golenkov A.V. *Issledovaniya po psikiatrii i narkologii v Chuvashii: proshloe, nastoyashchee i budushchee* [Research on psychiatry and narcology in Chuvashia: past, present and future] (Russian). *Zdravookhranenie Chuvashii*, 2008, no. 1, pp. 87–96.
3. Golenkov A.V. *Respublikanskije nauchno-prakticheskie konferentsii po psikiatrii, narkologii i psikhoterapii* [Scientific conferences on psychiatry, narcology and psychotherapy in the Chuvash Republic] (Russian). *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2008, no. 4, pp. 124–132.
4. Golenkov A.V. *Naukometricheskij analiz publikatsiy (2004–2008 gg.) v zhurnale «Zdravookhranenie Chuvashii»* [Scientometric analysis of the publications (2004–2008) in the journal «Healthcare of Chuvashia»] (Russian). *Zdravookhranenie Chuvashii* [Healthcare of Chuvashia], 2009, no. 1, pp. 91–98.
5. Golenkov A.V., Nikolaev E.L. *Pyat'desyat let soobshchestvu psikiatrov Chuvashii* [Psychiatric fellowship in Chuvashia: fifty years of specialists consolidating] (Russian). *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health], 2013, no. 8, pp. 65–67.
6. Reshetnikov V.A., Trushchelev S.A. *Indikatorij nauchno-issledovatel'skoy deyatel'nosti* [Indicators of research activity] (Russian). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 2011, no. 111(2), pp. 76–83.
7. Sapozhnikov S.P., Golenkov A.V. *Prioritetnye mediko-biologicheskie issledovaniya v Chuvashii po dannym naukometricheskogo analiza publikatsiy* [Priority of medico-biological research in Chuvashia according to scientometric analysis of publications] (Russian). *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2014, no. 2, pp. 351–356.
8. Trushchelev S.A. *O razvitii distsiplinarnogo i institucional'nogo podkhodov k generatsii znaniy v oblasti psikiatrii* [Development of disciplinary and institutional approaches to generation of knowledge in psychiatry] (Russian). *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2014, no. 24(3), pp. 84–89.

9. Trushchelev S.A. *Tsitiruemost' publikatsiy otechestvennykh uchenykh v oblasti psikiatrii* [Top cited papers in Russian psychiatry] (Russian). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 2012, no. 112(5), pp. 118–122.
10. Afifi M.M. Mental health publications from the Arab world cited in PubMed, 1987-2002. *East Mediterr. Health J.*, 2005, vol. 11(3), pp. 319–328.
11. Davies J. A critical survey of scientific methods in two psychiatry journals. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 1987, vol. 21(3), pp. 367–373.
12. Heidenreich U., Baethge C. German language psychiatry journals in Germany – a quantitative analysis. *Psychiatr. Prax.*, 2012, vol. 39(1), pp. 26–33.
13. Hunt G.E., Cleary M., Walter G. Psychiatry and the Hirsch h-index: The relationship between journal impact factors and accrued citations. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2010, vol. 18(4), pp. 207–219.
14. Gerolin J., Bressan R.A., Pietrobon R., Mari J. Ten-year growth in the scientific production of Brazilian Psychiatry: the impact of the new evaluation policies. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2010, vol. 32(1), pp. 6–10.
15. Kieling C., Gonçalves R.R. Assessing the quality of a scientific journal: the case of Revista Brasileira de Psiquiatria. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2007, vol. 29(2), pp. 177–181.
16. Matar H.E., Almerie M.Q., Al Marhi M.O., Adams C.E. Over 50 years of trial in Acta Psychiatrica Scandinavica: a survey. *Trials*, 2009, vol. 27(10), p. 35.
17. Mazhari S. The 100 top-cited articles published in psychiatric journals. *J. Psychiatr. Pract.*, 2013, vol. 19(4), pp. 327–338.
18. McGuigan S.M. The use of statistics in the British Journal of Psychiatry. *Br. J. Psychiatry*, 1995, vol. 167(5), pp. 683–688.
19. Rocha F.F., Fuscaldi T., Castro V. et al. Brazilian scientific production in the 40 psychiatric journals with high impact factor in 2006. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2007, vol. 53(6), pp. 543–546.
20. Nauchnaya elektronnyaya biblioteka eLIBRARY.RU [Scientific Electronic Library eLIBRARY.RU]. Available at: URL: <http://elibrary.ru> (Accessed: 01.12.2014).

Голенков А.В. Анализ публикаций в журнале «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» за 10 лет (2005–2014) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 21–29.

Аннотация. Анализируется структура статей издания «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» по тематике, оформлению результатов исследования, используемому математико-статистическому аппарату, библиографии. Описывается динамика импакт-фактора РИНЦ, приводится число цитирований журнала. Обсуждаются недочёты публикаций, приоритеты и направления будущих научных исследований. Даются рекомендации по улучшению наукометрических показателей издания.

Ключевые слова: наукометрия (импакт-фактор), психиатрия, психология, Чувашия.

Информация об авторе:

Голенков Андрей Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии и неврологии ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова». Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15. тел. +7 8352 450279. golenkovav@inbox.ru.

Golenkov A.V. Analiz publikatsii v zhurnale «Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii» za 10 let (2005–2014) [Analysis of publications in «The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology» journal for 10 years (2005–2014)] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 21–29.

Abstract: The author analyzes in this paper the structure of scientific papers in «Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii» journal as regards their topic, style of representing results, use of statistical tools, bibliography. He also describes the dynamics of RISC impact factor and the journal's citation rating, considers the drawbacks of the published papers, along with priorities and directions of future research, as well as gives recommendations for improving the journal's scientometric indicators.

Keywords: scientometrics (impact factor), psychiatry, psychology, Chuvashia.

Information about author:

Golenkov Andrey, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology Department, The Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia. Tel. +7 8352 450279. golenkovav@inbox.ru.

Поступила: 14.12.2014

Received: 14.12.2014

УДК 616.85:15

ББК Ю948.43

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НЕВРОЗОГЕНЕЗА: ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ И МОДЕЛИ

Е.А. Колотильщикова

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

На протяжении всего времени изучения неврозов выдвигалось множество различных концепций о возможных причинах их развития. В историческом контексте можно выделить биологический, психологический и культурный подходы к изучению неврозогенеза [39]. Большинство этих моделей до последнего времени были тесно связаны с психологическими теориями личности, которые различным образом концептуализируют человеческое поведение как в норме, так и в патологии. Представители одних концепций смогли экспериментально подтвердить выдвигавшиеся ими гипотезы (это прежде всего когнитивная и социально-когнитивная школа, а также теория черт), последователи других направлений не сумели найти научных доказательств существования выделяемых ими моделей личностного функционирования.

Однако сам по себе вопрос о создании надёжных инструментов эмпирического исследования такой сложной категории, как личность, а значит, и невротических расстройств, крайне сложен и на настоящем этапе развития и гуманитарных, и медицинских наук находится в своей начальной стадии. Поэтому представляется важным изложить широко известные представления о психологических механизмах невротических расстройств и более подробно остановиться на относительно новых теориях, развиваемых чаще всего в рамках биологических моделей. Отдельно будет рассматриваться вопрос о интрапсихических конфликтах с учётом их важнейшей роли в этиопатогенезе неврозов.

Одной из самых широко известных и экспериментально подтверждённых является теория развития невротических расстройств, предложенная Н.Ј. Eysenck [78]. Согласно его диатез-стрессовой модели, характер заболевания человека определяется его «базовыми личностными характеристиками и механизмами деятельности нервной системы» [42], которые вместе со стрессовой ситуацией порож-

дают психопатологические проявления. По мнению Н.Д. Ейзенка [78], невротические симптомы у индивида развиваются на фоне высокого уровня нейротизма, низкого – экстраверсии и специфического опыта, который приводит к формированию сильных эмоциональных реакций на стимулы, вызывающие страх.

В нашей стране концепция развития невротических расстройств Н.Д. Ейзенка получила научное обоснование лишь частично. Практически во всех работах авторы отмечают высокую степень нейротизма у больных неврозом [4, 14, 19, 45], однако более высокий, чем в норме, уровень интроверсии у пациентов описываемой нозологической группы определяется не всегда.

Н.Д. Ейзенк и С. Рахман рассматривали вопрос о значении уровня интеллекта в развитии невротических расстройств. На основании экспериментально-психологического изучения 3000 больных авторы установили, что в указанной нозологической группе встречается гораздо меньше лиц со средним интеллектом, чем в контрольной группе 3000 здоровых мужчин. Из полученных результатов был сделан вывод, что у людей со средним интеллектом невроз развивается реже, чем у лиц с более высоким или более низким IQ [77].

С. Фрейд считал, что каждый человек в той или иной степени испытывает тревогу в процессе своего воспитания, при этом она может быть трёх видов: 1) реалистическая тревога, когда человек сталкивается с действительной опасностью; 2) невротическая тревога, когда родители или обстоятельства постоянно удерживают ребёнка от выражения импульсов Ид; 3) моральная тревога, когда человека наказывают или угрожают за то, что он выражает импульсы своего Ид [53, 54].

Он также полагал, что все люди используют защитные механизмы Эго, чтобы справиться с этими формами тревоги. Развитие тревожного расстройства происходит в двух случаях – во-первых, у человека изначально наблюдается высокий уровень тревожности, во-вторых, механизмы её контроля неадекватны (слишком слабые) [53, 54].

В дальнейшем сторонники психодинамической модели оказались не во всем согласны с взглядами С. Фрейда, однако большинство из них сходятся во мнении, что тревожное расстройство развивается из-за неадекватных отношений между родителями и детьми в раннем возрасте.

Одну из наиболее авторитетных теорий, развивающих идеи психоанализа, предложила К. Хорнеу, которая ещё в 1942 г., в отсутствие

экспериментальной базы для подтверждения своих выводов выдвинула положение о том, что больные неврозами для того, чтобы справиться с присущей им базальной тревогой, прибегают к различным защитным стратегиям, в основе которых лежат избыточные потребности. Например, потребность в любви и одобрении в поведении проявляется стремлением быть объектом восхищения со стороны других; желание общественного признания приводит к тому, что представление о себе формируется в зависимости от социального статуса; потребности в восхищении собой и в честолюбии обуславливают сильное стремление к перфекционизму [59]. Изначально, по мнению К. Horney, базальная тревога возникает в результате отсутствия чувства безопасности в межличностных отношениях, в частности во взаимоотношениях ребенка с родителями [58, 82].

Психодинамической по своей основе является концепция личности Г. Аммона, которая также может служить инструментом для анализа механизмов развития невротических расстройств [12, 18].

Сторонники когнитивной модели развития невротических расстройств считают, что причиной почти всех психологических проблем являются дисфункциональные способы мышления [65, 75, 76,]; эти паттерны получили название иррациональные установки (убеждения).

А. Ellis полагает, что пациенты с невротическими расстройствами, во-первых, конституционально отличаются от других людей врожденными наклонностями к иррациональности, во-вторых, общество и семья, в которых они воспитываются, поощряют развитие именно дисфункциональных паттернов мышления, таким образом усугубляется предрасположенность к приобретению психогенных расстройств. Однако самым главным отличием, дифференцирующим нормальных людей от больных неврозом, является частота, с которой индивиды приводят себя в состояние эмоционального расстройства, опираясь на иррациональные установки. Он выделил 12 основных дисфункциональных убеждений, которые объединяют категоричность, требовательность и абсолютизм мышления, присущие незрелым, инфантильным людям [74, 75].

Теория развития невротического расстройства А.Т. Beck в своих основных моментах сходна с концепцией А. Ellis. Он считает, что эмоциональные нарушения развиваются у пациента из-за того, что на предсознательном уровне он строит неадекватную схему реальности, через призму которой интерпретируются любые события жизни, впоследствии это ведёт к ограничительным мыслям и деструктивным паттернам поведения [65].

Некоторые сторонники когнитивной теории [64, 73] считают, что причиной тревожных расстройств, в частности панических атак является высокая степень тревожной чувствительности, свойственная больным неврозами. В результате чего они большую часть времени концентрируются на своих физических ощущениях, неспособны оценить их логически и интерпретируют их как потенциально опасные. В качестве причин такой избыточной тревожности рассматриваются недостаток навыков совладания со стрессом, отсутствие необходимой социальной поддержки, большое количество событий, не поддающихся контролю, с которыми пациент сталкивался с раннего детства.

Представители поведенческого направления [97, 99, 100] утверждают, что невротические расстройства, в частности реакции тревоги и страха, развиваются в результате классического и оперантного обусловливания. В случае классического обусловливания ранее нейтральный стимул начинает ассоциироваться с травматическими событиями, что порождает тревожность. Затем фобическое поведение подкрепляется за счёт механизмов оперантного обусловливания.

А. Vandura считал, что в некоторых случаях тревога и фобии развиваются в результате реальных психотравмирующих переживаний, однако чаще всего они являются результатом научения косвенным путём – в процессе наблюдения. Например, родители, имеющие определённые страхи, часто передают их своим детям. Ребёнок, наблюдающий за тем, как родители проявляют реакции страха в тех или иных ситуациях, начинает реагировать аналогичным образом в подобных ситуациях [62, 63].

В теории социального научения J.B. Rotter специально не фокусируется внимание на механизмах развития невротических расстройств, однако автор выдвинул концепцию плохой адаптации, охватывающую более широкий класс нарушений психической деятельности. Так, J.B. Rotter считал, что общая причина неудовлетворительной адаптации заключается в сочетании высокой ценности потребности и низкой свободы деятельности. Под последней понимается обобщённое ожидание человека относительно того, что определённое поведение приведет к удовлетворению тех или иных потребностей [93, 94].

Высокий уровень фрустрации и неудачи ожидают человека, который при отсутствии компетентности или навыков ставит пе-

ред собой слишком завышенные цели, что в концепции J.B. Rotter соответствует высокой ценности потребности. В то же время, если индивид по разным причинам занижает свои ожидания относительно достижения значимой цели (низкая свобода деятельности), то он также будет плохо адаптирован, поскольку он «уменьшает вероятность выстраивания поведения, которое повысит компетентность или укрепит навык» [60]. Человек предполагающий, что его деятельность не будет успешна, часто ищет достижения целей в фантазиях или демонстрирует избегающее поведение, с целью защититься от риска потерпеть неудачу [55].

Представители экзистенциального направления (Binswanger L.; Bugental J.F.T.; May R.) считают, что невротическая тревога, являющаяся основой неврозов, представляет собой неаутентичную реакцию на бытие. Пациент, в попытке избежать столкновения с переживанием смерти или бессмысленности существования, начинает обманывать сам себя, считая, что он может контролировать эти события как в отношении себя самого, так и в отношении своих близких. Например, мать, которая старается все время держать детей в поле своего зрения, или больной с ипохондрическим расстройством, придумывающий теорию о заболевании, которого можно избежать, достаточно часто и быстро обращаясь к врачу [8, 33, 67].

C.R. Rogers считал, что невротическое расстройство возникает, когда определённое переживание абсолютно не согласуется с «Я-концепцией» человека (или когда не согласующиеся переживания встречаются очень часто). В этих случаях развивается сильная тревога, однако срабатывающие механизмы психологической защиты позволяют «Я-структуре» невротического пациента оставаться достаточно позитивной, но крайне неустойчивой, что делает больного с невротическим расстройством уязвимым, подверженным различным психологическим стрессорам [91, 92].

Существующие биологические модели невротических расстройств многообразны. Ю.А. Александровский приводит данные, указывающие на наличие при невротических расстройствах церебральных изменений, происходящих на субмикроскопическом уровне, нарушений метаболизма нейронов головного мозга, сосудистых и глионевральных нарушений, свидетельствующих о гипоксии [5].

При обсуждении вопросов патогенеза неврозов также отмечают две характерные особенности функционирования мозга и регулируемых им систем: повышенная активация мозговых структур и нарушение интегративной деятельности мозга, в первую очередь лимбико-ретикулярного комплекса [3, 13].

В нашем исследовании 1060 пациентов с невротическими расстройствами и 591 здорового лица при помощи экспериментально-психологического, нейропсихологического и психофизиологического методов выявлено, что у больных невротическими расстройствами обнаруживаются нарушения в деятельности отделов коры головного мозга, обеспечивающих комплексное взаимодействие нескольких анализаторных систем. Установлено, что изменения биоэлектрической активности мозга свидетельствуют об усилении роли лимбико-ретикулярного комплекса в формировании корковой активности [20].

Часть исследователей считают, что тревожные состояния связаны с повышением уровня катехоламинов в плазме крови, большое значение при этом придаётся нарушению функции так называемого «синего пятна». Стимуляция «синего пятна» вызывает возбуждение симпатического отдела вегетативной нервной системы и выбросу катехоламинов, что и приводит к симптоматическим проявлениям тревожных расстройств [85].

Значительно большее распространение приобрела теория, связывающая тревожные расстройства с нарушениями в деятельности гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) [69, 70, 79]. На основе анализа результатов ядерной томографии ученые пришли к выводу, что те нейроны, на которые оказывают воздействие бензодиазепины, снижающие уровень тревоги, в обычных условиях чувствительны к ГАМК. Поскольку этот нейротрансмиттер является ингибитором, исследователи предположили, что из-за нарушений в системе обратной связи ГАМК не связывается с соответствующими рецепторами и общее возбуждение, переживаемое в состоянии стресса, не снижается, как это происходит у здоровых людей, а продолжает распространяться, приводя к неконтролируемому повышению тревожности [84, 95].

Однако дальнейшие исследования в значительной степени усложнили эту модель и поставили ряд вопросов, на которые в настоящее время нет точных ответов. Так, оказалось, что ГАМК является лишь одним из нейромедиаторов, способных связываться с ГАМК-рецепторами, некоторые учёные в нейробиологии тревоги отводят ведущую роль серотонинергической нейротрансмиттерной системе [28]. Поскольку большинство экспериментов было проведено на животных, J.D. Newman и M.J. Farley [87] считают некорректным экстраполировать результаты этих исследований на людей, поскольку природа тревоги у человека может быть иной. Никто из нейробиоло-

гов не смог объяснить суть нарушений деятельности ГАМКергической и серотонинергической систем: существует ли в мозге недостаточность этих нейромедиаторов или чувствительных к ним рецепторов, оказываются ли эти рецепторы заблокированными метаболитами, выделяющимися у больных с тревожными расстройствами.

Наконец, как справедливо отмечает R.J. Comer, «сторонники биологической модели столкнулись с проблемой установления причинных связей». Являются ли биохимические нарушения причиной появления невротических расстройств или длительно существующие эмоциональные нарушения вызывают физиологические сдвиги [26].

В иностранной литературе [10, 26, 43] рассматриваются еще несколько биологических моделей возникновения тревожных расстройств. Например, указывается на роль возбуждения в голубом пятне, так, электрическая стимуляция голубого пятна или активация йохимбином вызывают рост тревоги и реакции страха. И наоборот, такие реакции можно блокировать повреждением или разрушением голубого пятна. S.L. Rauch et al. указывают, что при провокации фобической симптоматики PET-исследования показывают повышенное кровоснабжение в различных субкортикальных и кортикальных областях [89].

В последние годы в зарубежной литературе активно обсуждаются нейрофизиологические основы навязчивых расстройств. Считается, что эти нарушения связаны с аномально низкой активностью медиатора серотонина, а также с патологическим функционированием некоторых ключевых зон головного мозга. В частности, благодаря томографическим методам были зафиксированы редуцированные объёмы хвостатого ядра [90] и нарушения в активности фронтальной коры [98].

Многие сторонники биологической теории развития обсессивно-компульсивного расстройства считают, что или кора нижней поверхности лобных долей, или хвостатые ядра у этих больных слишком активны, что ведёт к непрерывному прорыву мучительных мыслей и действий, эту теорию подтверждают данные ПЭТ [28].

H. Walter указывает, что у больных с навязчивыми состояниями обнаруживаются увеличение объёма островка и оперкулула, патологические изменения лимбических структур, которые часто приводят к сочетанию обсессивно-компульсивных симптомов со страхами. Патологическим обоснованием данного феномена автор считает тот факт, что «эти структуры в значи-

тельной степени реализуют и поддерживают эмоциональные реакции на сенсорные стимулы» [10].

Несмотря на все многообразие научных фактов, делать выводы об этиологическом значении при тревожно-фобических и навязчивых расстройствах нейрофизиологических механизмов преждевременно, поскольку, во-первых, не все данные согласуются между собой, а во-вторых, учёные не могут ответить на вопрос о том, являются ли обнаруженные нарушения в работе мозга следствием или причиной появления невротической симптоматики [81], что обуславливает актуальность дальнейших исследований в этом направлении.

Ведущая роль внутриличностного конфликта в этиопатогенезе невротических расстройств признается большинством как отечественных, так и зарубежных специалистов [9, 17, 19, 21, 22, 27, 34]. Психологическое содержание внутриличностного конфликта в определённых условиях может принимать дополнительную социокультурную окраску [37, 40, 49], быть связанным с актуальными социально-экономическими факторами [23], соотноситься с механизмами этиопатогенеза в других группах пограничных психических расстройств [36, 38] и обязательно учитываться в психотерапии [24, 25, 88].

Однако, несмотря на существование большого числа исследований особенностей внутриличностного конфликта при невротических расстройствах, единого взгляда на то, в чем состоит конкретное его содержание, до настоящего времени не существует. Личностная и межличностная противоречивость является одной из центральных проблем психологической диагностики невротических расстройств в клинике, связано это и с тем, что уменьшилось количество чистых невротических расстройств и возросло число смешанных их форм, возникло представление о многомерности в настоящее время невротических конфликтов.

Понятие конфликт применяется для обозначения широкого круга явлений от внутриличностного до социального уровня, используется в разнообразных контекстах.

В междисциплинарном обзоре работ по исследованию конфликтов А.Я. Анцуповым и А.И. Шипиловым выделяется 11 областей научного знания, так или иначе изучающих конфликты (по степени убывания количества публикаций): психология, социология, политология, история, философия, искусствоведение, педагогика, правоведение, социобиология, математика и военные науки [6].

Разные дисциплины наделяют понятие конфликт своим содержанием. Философская традиция рассматривает конфликт как

частный случай противоречия, его предельное обострение. С точки зрения социологии, это процесс или ситуация, в которой одна из сторон находится в состоянии противостояния или открытой борьбы с другой, поскольку её цели воспринимаются как противостоящие собственным.

А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов предлагают сузить широкое понимание конфликта и выделить два основных их вида:

1) социальный конфликт – наиболее острый способ развития и завершения значимых противоречий, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и сопровождающийся негативными эмоциями по отношению друг к другу;

2) внутриличностный конфликт – выраженное негативное переживание, вызванное затянувшейся борьбой структур внутреннего мира личности, отражающее её противоречивые связи с социальной средой и задерживающее принятие решения [7].

Существуют различные взгляды на природу внутриличностного конфликта, классификацию, структурные и динамические его компоненты. Психологическая традиция изучения конфликтов наиболее богата и развита по сравнению со всеми другими научными дисциплинами, изучающими это явление.

В психодинамическом направлении конфликт представляет собой изначальную и постоянную форму столкновения противоположных принципов, влечений, амбивалентных стремлений и т.д., которые не осознаются или осознаются не полностью и в которых выражается противоречивость природы человека [41]. Возникновение конфликта естественно сопутствует развитию личности.

Межличностные конфликты в психоаналитической традиции интерпретируются через внутриличностные особенности человека, и их истоки ищут в бессознательном. Основная традиция подобной интерпретации заложена S. Freud. Он «первым охарактеризовал психику как поле боя между непримиримыми силами инстинкта, рассудка и сознания» [59]. По мнению S. Freud, человек находится в состоянии постоянного внутреннего и внешнего конфликта с окружающими и миром в целом [53].

Последователь S. Freud A. Adler содержание конфликтов личности видел в противоречии между реализацией потребности в достижении превосходства, самоутверждения и ощущением собственной неполноценности, которое возникает ещё в детстве по отношению к взрослым [2].

Теория конфликта К. Horney представляет собой уникальный синтез работ S. Freud и A. Adler. По мнению К. Horney, проблема конфликта появляется тогда, когда стремление к росту и самореализации блокируются какими-либо внешними социальными воздействиями. Так, основой внутриличностных конфликтов К. Horney считала действие семейных, культурных и социальных факторов. Ребёнок, которого воспитывали без проявлений любви, заботы и уважения к его индивидуальности, впоследствии вырастает постоянно испытывающим тревогу человеком, он воспринимает окружающий мир как враждебный. К. Horney видела базисный конфликт в фундаментальном противоречии аттитюдов друг другу, которые сформировал человек в отношении других людей: движение к людям, против них и от них. Она считала, что существует несколько «образов Я» – «Я реальное», «Я идеальное» и «Я в глазах других людей», расхождение между которыми также может привести к возникновению внутриличностного конфликта [58, 82].

По мнению E. Fromm, конфликты возникают из-за невозможности реализовать в обществе личностные стремления и потребности, а их основа – противоречия между непреодолимой внутренней зависимостью и стремлением к свободе [56].

С точки зрения бихевиористского подхода, считается невозможным исследовать субъективные факторы психической жизни. Это направление основывается на изучении явлений, которые поддаются объективному описанию. В качестве такого предмета бихевиористы рассматривают поведение. Основной методический принцип изучения поведения предполагает поиск связей между воздействиями («стимулами») и ответной поведенческой реакцией человека. Конфликт понимается как форма реакции на внешнюю ситуацию, причина которой заключается в закреплении соответствующих моделей в поведенческом репертуаре. В рамках этого направления работали M. Sherif [96], J. Dollard, L. Doob, N. Miller и соавт. [72], M. Deutsch [71] и др. M. Sherif исследовал конфликты в естественных условиях. Основной его вывод – объективно конкурентная ситуация, в которой оказывались группы, вызывала конфликт [96].

J. Dollard, L. Doob, N. Miller и соавт. [72], L. Berkowitz [66] разрабатывали фрустрационно-агрессивную теорию. Социально-психологические конфликты в рамках этой концепции понимаются прежде всего как особая форма агрессивного ответа (прямо или косвенно проявляемого, сдерживаемого или подавляемого, направленного на причину агрессии или смещенного на другой объект) на фрустрирующую ситуацию.

М. Deutsch [71], изучая влияние кооперации и конкуренции на групповые процессы в лабораторных условиях, предложил соответствующую теорию и определил влияние целей и типа действия участников конфликта. Понимание конфликта как поведенческой реакции и игнорирование содержания человеческих переживаний, мотивов, представлений о происходящем подвергаются критике. Тем не менее благодаря ситуационным подходам современная наука получила богатейший эмпирический материал в области конфликтов, он перестал восприниматься как исключительно интрапсихически генерируемый феномен.

С началом становления когнитивных концепций в психологии стал проявляться все больший интерес к роли особенностей восприятия и переработки внешней информации в регуляции взаимодействия людей, к тем субъективным образам окружающей действительности, которые складываются у индивида и организуются в связанные и по возможности непротиворечивые интерпретации картины мира. Представители этого направления впервые обратили внимание на то, что непосредственно наблюдаемые взаимодействия субъектов в социальной ситуации могут быть поняты и проинтерпретированы как их субъективные отражения, т.е. с точки зрения восприятия, осознания, рефлексии, оценки и т.д. «взаимодействующим субъектом» [1]. Конфликт может быть понят только с учётом отражения тех или иных параметров ситуации, что и является ключевым фактором.

Ведущие представители гуманистической психологии в своих теориях специально не сосредоточиваются на проблеме конфликта, но в то же время включают его в процессы и механизмы развития личности, подчёркивая конструктивные функции и особое значение психологических ресурсов человека.

Помимо ранее перечисленных, в зарубежной психологии можно встретить следующие взгляды на проблему конфликта: понимание конфликта как аналога инстинкта борьбы за существование – социотропное направление [30, 48]; предложение рассматривать в качестве главной причины социальных конфликтов агрессивность индивида и толпы, причём механизмы возникновения агрессивности у животных и человека однотипны и агрессивность является постоянным состоянием живого организма – этологическое направление [29, 50]; в теории социометрии [32] межличностные конфликты определяются состоянием эмоциональных отношений между людьми, их симпатиями и антипатиями по отношению друг к другу и могут

быть разрешены путём перестановки людей в соответствии с их эмоциональными предпочтениями; интеракционистское направление – идеи о том, что причины конфликтов кроются в самом процессе социального взаимодействия [61, 86]. Значительные усилия прикладываются к изучению конфликтов в лабораторных (теоретико-игровое направление) и естественных условиях – теория организационных систем [68], а также в исследовании переговорного процесса – теория и практика переговорного процесса [52].

Среди отечественных учёных, занимающихся изучением конфликтов, можно выделить А.А. Ершова [16], К.К. Платонова и В.Г. Казакова [44], Н.В. Гришину [15] и др. В.С. Мерлин отмечал важную роль субъективности неразрешимой ситуации [31], В.Н. Мясищев писал о месте переживаний конфликта в системе отношений личности [34, 35].

Ф.Е. Василюк выдвинул понятие критической ситуации, которая определяется как ситуация невозможности, в которой субъект сталкивается с неосуществимостью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и т.д.). Автор также определил типы критических ситуаций (стресс, фрустрация, внутренний конфликт и кризис) и разработал факторы корреляции сложности и трудности жизненного мира личности и типов критических ситуаций, характерных для неё [11].

Для человека с лёгким и простым (инфантильным) жизненным миром любое самое незначительное нарушение стремления к ситуативному удовлетворению потребности представляет собой критическую ситуацию, любая самая простая частная фрустрация перерастает в психологическую катастрофу. В простом и трудном (реалистичном) мире происходит дифференциация стресса и кризиса за счёт выработки механизма терпения, надежды. В этом случае фрустрация становится тождественной кризису при условии неудовлетворения потребности, которая фиксируется как крайне важная, необходимая. Здесь ещё нет конфликтов, так как нет сложности, борьбы мотивов, мир определяется как односоставный. Для индивида с лёгким и сложным (целостным) жизненным миром критической ситуацией является конфликт, который представляет собой нарушение единства всей системы сознания, таким образом, наличие внутриличностного конфликта является признаком довольно сложной душевной организации личности. И только в сложном и трудном (творческом) мире происходит полная дифференциация всех психологически трудных ситуаций стресса, фрустрации, конфликта и кризиса [11].

Таким образом, сегодня существует множество взглядов на проблему конфликта и её решение. Изучать и применять знания о конфликтах в таком виде довольно сложно, поэтому возникает необходимость в их сопоставлении, объединении, установлении междисциплинарных связей, в поиске более общих закономерностей. Существуют различные попытки решить эту задачу.

Н.В. Гришина считает целесообразным ограничить проблемное поле конфликта следующими признаками: 1) биполярность (наличие одновременно взаимосвязанных и противоположных начал); 2) активность, направленная на преодоление противоречия; 3) субъективность (наличие субъекта или субъектов как носителей конфликта) [71].

Она также традиционно выделяет психодинамическое, поведенческое и когнитивное направления как наиболее значимые для понимания конфликтов и отмечает, что каждый из этих подходов внес свой вклад. Так, психоаналитическая традиция в ее теоретическом и практическом выражении обогатила психологию уникальными описаниями и клиническим опытом наблюдения и интерпретации тонких взаимосвязей между внутренним миром личности и ее существованием в реальности межличностных отношений. В рамках поведенческих подходов выполнено большое число экспериментальных исследований, в которых изучались различные аспекты поведения участников конфликтов в их зависимости от параметров ситуации. Когнитивные концепции рассматривают конфликт в более широком социальном контексте, как субъективный феномен, указывая на значимость особенностей переработки информации личностью [15].

Разные направления классической психологии, по мнению Н.В. Гришиной, не просто предложили различные подходы к пониманию природы конфликтов, но и, исходя из своих концептуальных построений, фактически разрабатывали различные составляющие данного явления: аффективный, поведенческий и когнитивный компоненты [71].

В 1999 г. отечественные психологи А.Я Анцупов и А.И. Шипилов на основании междисциплинарного исследования систематизировали существующие знания о конфликтах и предложили универсальную схему их описания: сущность, классификация, структура, функции, эволюция, генезис, динамика, системно-информационное описание, предупреждение, завершение, исследование и диагностика [6].

Эти авторы создали классификацию внутриличностных конфликтов, построенную на основе анализа ценностно-мотивационной сферы личности, в ней выделяются: 1) мотивационный конфликт – столкновение мотивов, бессознательных стремлений; 2) нравственный конфликт – столкновение долга и желания, моральных принципов и личных привязанностей, желаний и внешних требований, долга и сомнения в необходимости следования ему; 3) конфликт нереализованного желания или комплекса неполноценности – конфликт между желаниями и действительностью, которая блокирует их удовлетворение, или недостаточными физическими возможностями; 4) ролевой конфликт – внутриролевой (различное понимание личностью себя и своей роли), межролевой (невозможность соединять несколько ролей одновременно); 5) адаптационный конфликт – нарушение равновесия между человеком и окружающей средой (широкий смысл) или нарушение процесса социальной или профессиональной адаптации; 6) конфликт неадекватной самооценки – расхождение между самооценкой, притязаниями и реальными возможностями. Авторы также выделяют невротический конфликт, это длительно сохраняющийся любой из вышеописанных видов конфликтов или их совокупностей [6].

Ещё одна попытка объединить существующие представления о конфликте с целью устранения недостатков теоретической базы – «единая теория конфликта» В.А. Светлова. Она включает математический и теоретический базис. Теоретический базис заключается в универсальной модели конфликта. Ядром этой модели служит определение конфликта как общего эволюционного механизма, периодически переключающего развитие системы с синергетической траектории на антагонистическую и обратно. Конфликт выполняет функцию природного и социального триггера [47].

Автором дано следующее определение конфликта: это такая разновидность структурного дисбаланса, которая означает неспособность сохранения системы в старом качестве, в прежних качественных границах своего бытия, невозможность выполнения системой своего внутреннего предназначения, потерю системой своей базисной устойчивости развития в прежнем направлении, на прежнем уровне, с прежним набором и зависимостью причинных переменных [47].

«Единая теория конфликта» В.А. Светлова [46] учитывает положения следующих социально-психологических концепций, анализирующих конфликты в своих специальных терминах, – теории

когнитивного баланса F. Heider [80], структурного дисбаланса F. Harary [57], когнитивного диссонанса L. Festinger [51] и их многочисленных модификаций и модернизаций, анализа конфликтов, драмы N. Howard [83], а также понятий, методов и теорем теории графов, вероятностей, игр и др.

Подводя итог обзору основных психологических концепций и моделей формирования невротозов и невротических расстройств, можно отметить, что в существующем разнообразии подходов отмечаются общие тенденции: 1) признание важности практического изучения конфликта и понимание его как естественного явления, способного оказывать как негативный, так и позитивный эффект; 2) попытки обобщить имеющиеся знания и сформировать теоретическую и методологическую базу учения о конфликтах. Сложность явления конфликта и разнообразие подходов к его пониманию приводят к созданию различных методических подходов и приёмов изучения конфликта. В основе лежат научные принципы исследования, рассматривающие конфликт как динамичное системное междисциплинарное явление, доступное объективному изучению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев В.С. Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 240 с.
2. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: пер. с англ. М.: Фонд «За экономическую грамотность», 1995. 296 с.
3. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Невротозы в эксперименте и клинике. М.: Наука, 1982. 272 с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2000. 496 с.
5. Александровский Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия). М.: Литтерра, 2010. 272 с.
6. Анцупов А.Я., Шипилов А.Я. Конфликтология М.: ЮНИТИ, 1999. 552 с.
7. Анцупов А.Я., Шипилов А.Я. Конфликтология. 4-е изд., испр. и доп. М.: Эксмо, 2009. 512 с.
8. Бьюдженталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии. М.: Класс, 1998. 336 с.
9. Вайнер И. Основы психотерапии. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 288 с.
10. Вальтер Х. Функциональная визуализация в психиатрии и психотерапии: пер. с нем. М.: АСТ: Астрель: Полиграфиздат, 2010. 416 с.
11. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
12. Вахренева О.А., Колотильщикова Е.А. Особенности структуры личности больных с невротической и невротоподобными резидуально-органическими расстройствами // Вестник психотерапии. 2014. № 50(55). С. 30–46.

13. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. Неврозы (клинико-патогенетические аспекты, диагностика, лечение и профилактика). М., 1995. 231 с.
14. Гильяшева И.Н. Вопросники как метод исследования личности // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. Л.: Медицина, 1983. С. 62–81.
15. Гришина Н.В. Психология конфликта. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. 544 с.
16. Ершов, А.А. Личность и коллектив: межличностные конфликты в коллективе, их разрешение. Л.: Знание, 1976. 40 с.
17. Исурина Г.Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Групповая психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. М., 1990. С. 89–121.
18. Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Караваева Т.А., Бабурин И.Н., Лысенко И.С. Сравнительное исследование структуры личности у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами с позиций психодинамической концепции личности Г. Аммона // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер. Психология. 2011. № 18(235). С. 104–110.
19. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
20. Колотильщикова Е.А. Обоснование психологических механизмов невротических расстройств // Вестник психотерапии. 2011. № 39. С. 64–78.
21. Колотильщикова Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств: дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2012.
22. Колотильщикова Е.А., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И. Современные представления о конфликтах // Вестник психотерапии. 2010. Т. 38, № 33. С. 90–103.
23. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б. Сравнительное исследование локуса контроля у больных с невротическими расстройствами в период социально-экономических перемен в стране (1987–2009 гг.) // Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. 2010. № 2. С. 329–331.
24. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Полторац С.В., Чехлатый Е.И. Мотивация в психотерапии (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2011. № 2. С. 13–16.
25. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Чехлатый Е.И. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии. 2004. № 12. С. 9–22.
26. Комер Р.Дж. Патопсихология поведения: Нарушения и патологии психики: пер. с англ. СПб. : Прайм-Еврознак; М.: ОЛМА-пресс, 2005. 638 с.
27. Корабельникова Е.А. Клинико-психо-физиологические закономерности формирования невротического синдрома: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004. 250 с.
28. Либ Р., Виттхен Г.-У. Тревожные расстройства // Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманн. 2-е изд., перераб. СПб.: Питер, 2006. 1312 с.
29. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»): пер. с нем. М.: Прогресс: Универс, 1994. 272 с.
30. Мак-Даугалл У. Основные проблемы социальной психологии. М., 1916. 282 с.
31. Мерлин В.С. Личность и общество. Пермь: ПГПИ, 1990. 92 с.
32. Морено Я.Л. Социометрия: экспериментальный метод и наука об обществе: пер. с англ. М.: Акад. проект, 2001. 384 с.
33. Мэй Р. Смысл тревоги: пер. с англ. М.: Класс, 2001. 384 с.
34. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 426 с.

35. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.: Воронеж, 1995. 361 с.
36. Николаев Е.Л. Пограничные психические расстройства как клинический, психологический и социокультурный феномен (региональный аспект в Чувашии): дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2006. 391 с.
37. Николаев Е.Л. Социокультурная идентичность личности при пограничных расстройствах [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 14.05.2014).
38. Николаев Е.Л., Игнатьев Ю.В., Мухамадиев Д.М. Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. 378 с.
39. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Динамика научных представлений о неврозах: от биологической модели – к культурной [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2011. № 5. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 14.05.2014).
40. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В. Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 148 с.
41. Овчаренко В.И. Психоаналитический глоссарий. Минск, 1994. С. 181.
42. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: пер. с англ. М.: Аспект Пресс, 2001. 607 с.
43. Перре М., Бауман У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002. 438 с.
44. Платонов К.К., Казаков В.Г. Развитие системы понятий теории психологического климата в советской психологии // Социально-психологический климат коллектива / под ред. Е.В. Шороховой, О.И. Зотовой. М.: Наука, 1979. С. 143–167.
45. Рыжик А.В. Особенности защитно-совладающего поведения у больных неврозами и их психофизиологические корреляты: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2005. 163 с.
46. Светлов В.А. Аналитика конфликта. СПб.: Росток, 2001. 512 с.
47. Светлов В.А. Конфликт: модели, решения, менеджмент. СПб.: Питер, 2005. 540 с.
48. Сигеле С. Преступная толпа. Опыт коллективной психологии. СПб.: Изд-во Ф. Павленкова, 1896. 116 с.
49. Сулова Е.С., Николаев Е.Л. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328–332.
50. Тинберген Н. Социальное поведение животных: пер. с англ. М.: Мир, 1993. 152 с.
51. Фестингер Л. Теория когнитивного диссонанса: пер. с англ. СПб.: Ювента, 1999. 318 с.
52. Фишер Р., Юри У. Путь к согласию или переговоры без поражения: пер. с англ. М.: Наука, 1992. 158 с.
53. Фрейд З. Введение в психоанализ: лекции. М.: Наука, 1991. 546 с.
54. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. М.: Современные проблемы, 1925. 112 с.
55. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Большая книга психологии. Личность. Теории, упражнения, эксперименты: пер. с англ. 6-е междунар. изд. СПб.: Прайм-Еврознак, Харвест, 2008. 704 с.
56. Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя: пер. с англ. М.: АСТ, 2006. 571 с.

57. Харари Ф. Теория графов. М.: Мир, 1973. 300 с.
58. Хорни К. Ваши внутренние конфликты: пер. с англ. СПб.: Лань, 1997. 237 с.
59. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение. СПб.: Питер Пресс, 1997. С. 105–106.
60. Хьелл Л.А., Зиглер Д.Дж. Теории личности. 3-е междунар. изд. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
61. Шибутани Т. Социальная психология: пер. с англ. Ростов н/Д.: Феникс, 2002. 544 с.
62. Bandura A. Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, vol. 29, pp. 859–869.
63. Bandura A., Adams N.E., Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, vol. 35, pp. 125–139.
64. Barlow D.H. Anxiety and it's disorders. N.Y., Guilford, 1988.
65. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. N.Y., American Book, 1976.
66. Berkowitz L. Aggression: A Social Psychological Analysis. N.Y., McGraw-Hill, 1962, 278 p.
67. Binswanger L. Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger. N.Y., Basic, 1963.
68. Blake R.R., Mouton J.S., Shepard H.A. Managing Inter-Group Conflict in Industry. Houston, Gulf, 1964, 340 p.
69. Costa E. Benzodiazepine/GABA interactions: A model to investigate the Neurobiology of Anxiety. In: Tuma A.H., Maser J., eds. Anxiety and Anxiety disorders. London, Lawrence Erlbaum Publishers, 1985, pp. 27–52.
70. Costa E. From GABA(A) receptor diversity emerges a unified vision of GABAergic inhibition. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 1998, vol. 38, pp. 321–350.
71. Deutsch M. The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes. New Haven, Yale University Press, 1973, 420 p.
72. Dollard J., Doob L., Miller N. et al. Frustration and aggression. New Haven, Yale University Press, 1939, 442 p.
73. Ehlers A. Somatic sympoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 1993, vol. 3, pp. 269–278.
74. Ellis A. Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. N.Y., McGraw-Hill, 1973.
75. Ellis A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, vol. 59, pp. 35–49.
76. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1993, vol. 61, pp. 199–201.
77. Eysenck H.J., Rachman S. Causes and Cures of Neurosis. London, Roulledge and Kegan Paul, 1965.
78. Eysenck H.J. Personality, genetics and behavior: Selected papers. N.Y., Praeger, 1982, 340 p.
79. Haefely W. The role of GABA in anxiolytic antidepressant drug action. In: Experimental Approaches to Anxiety and Depression. Chichester, Willey and Sons, 1992, pp. 151–168.
80. Heider F. The psychology of interpersonal relations. N.Y., John Wiley, 1958, 322 p.

81. Höhn-Saric R, Benkelfat C. Structural and functional brain imaging in obsessive compulsive disorder. In: Hollander E., Zohar J., Marazziti D., Olivier B., eds. Obsessive compulsive disorder. N.Y., Wiley, 1994, pp. 183–211.
82. Horney K. Self-analysis. N.Y., Norton, 1942.
83. Howard N. Paradoxes of Rationality: Games, Metagames, and Political Behavior. Cambridge, The MIT Press, 1971.
84. Lloyd G.K., Fletcher A., Minchin M.C.W. GABA agonists as potential anxiolytics. In: Burows C.D., Roth S.M., Noyes R., eds. Handbook of anxiety. Oxford, England: Elsevier, 1992, vol. 5, pp. 35–58.
85. Mathew R.J., Ho B.T., Francis D.J. et al. Catecholamines and anxiety. *ACTA Psychiatr. Scand.*, 1982, vol. 65, pp. 142–147.
86. Mead G.H. Mind, Self, and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist. Chicago, The University of Chicago Press, 1934, 440 p.
87. Newman J.D., Farley M.J. An ethologically based, stimulus and gender-sensitive nonhuman primate model for anxiety. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiat.*, 1995, vol. 19, pp. 677–685.
88. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no. 3, pp. 482–485.
89. Rauch S.L., Savage C.R., Alpert N.M., Miguel E.C. et al. A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation. *Archives of General Psychiatry*, 1995, no. 52, pp. 20–29.
90. Robinson D., Wu H., Munne R.A., Ashtari M. et al. Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1995, no. 52, pp. 393–399.
91. Rogers C.R. Client-centered therapy. In: Kutush I.L., Wolf A., eds. Psychotherapist's casebook. San Francisco, Jossey-Bass, 1986.
92. Rogers C.R. The Case of Mrs. Oaks: A research analysis. In: Rogers C.R., Diamond R.F., eds. Psychotherapy and personality change. Chicago, University of Chicago Press, 1954.
93. Rotter J.B. Social learning and clinical psychology. N.Y., Prentice-Hall, 1954.
94. Rotter J.B. The development and applications of social learning theory: Selected papers. N.Y., Praeger, 1982.
95. Sanders S.K., Shekhar A. Regulation of anxiety by GABA(A) receptors in the basolateral and central nuclei of the rat amygdale. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1995, vol. 52(4), pp. 701–706.
96. Sherif M. The psychology of social norms. N.Y., Harper, 1936, 179 p.
97. Skinner B.F. About behaviorism. N.Y., Knopf, 1974.
98. Stein D.J., Hollander E., Cohen L. Neuropsychiatry of obsessive compulsive disorder. In: Hollander E., Zohar J., Marazziti D., Olivier B., eds. Obsessive compulsive disorder. N.Y., Wiley, 1994, pp. 167–182.
99. Watson J., Rayner R. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 1920, vol. 3, pp. 1–14.
100. Wolpe J. The practice of behavior therapy. 4th ed. Elmsford, N.Y., Pergamon, 1990.

REFERENCES

1. Ageev V.S. *Mezhgruppovoe vzaimodeistvie: sotsial'no-psikhologicheskie problemy* [Sociopsychological problems of intergroup interaction]. Moscow, Moscow University Publ., 1990, 240 p.
2. Adler A. The practice and theory of individual psychology. Routledge, 2013 (Russ ed.: Adler A. *Praktika i teoriya individual'noi psikhologii*. Moscow, 1995, 296 p.).
3. Airapetyants M.G., Vein A.M. *Nevrozy v eksperimente i klinike* [Neurotic disorders in experimental and clinical practice]. Moscow, Nauka Publ., 1982, 272 p.
4. Aleksandrovskii Yu.A. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva* [Borderline mental disorders]. 3rd ed., revised. Moscow, Meditsina Publ., 2000, 496 p.
5. Aleksandrovskii Yu.A. *Predboleznennye sostoyaniya i pogranichnye psikhicheskie rasstroistva (etiologiya, patogenez, spetsificheskie i nespetsificheskie simptomy, terapiya)* [Premorbid state and borderline mental disorders: ethiology, pathogenesis, specific and non-specific symptoms, therapy]. Moscow, Litterra Publ., 2010, 272 p.
6. Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. *Konfliktologiya* [Conflictology]. Moscow, YuNITI Publ., 1999, 552 p.
7. Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. *Konfliktologiya: ucheb. dlya vuzov* [Conflictology: textbook]. 4th ed. Moscow, Eksmo Publ., 2009, 512 p.
8. Bugental J.F.T. The search for existential identity. Patient-Therapist Dialogues in humanistic psychology. 1976 (Russ. ed: Bugental J.F.T. *Nauka byt' zhivym: Dialogi mezhdu terapevtom i patsientami v gumanisticheskoi terapii*. Moscow, Klass Publ., 1998, 336 p.).
9. Weiner I.B. Principles of psychotherapy. 1975 (Russ. ed.: Weiner I. *Osnovy psikhoterapii*. 2nd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2002, 288 p.).
10. Walter H., Barth M. Funktionelle Bildgebung in Psychiatrie und Psychotherapie: methodische Grundlagen und klinische Anwendungen; mit 11 Tabellen. Schattauer, 2005 (Russ. ed.: Walter H. *Funktional'naya vizualizatsiya v psikiatrii i psikhoterapii*. Moscow, AST, Astrel', Poligrafizdat Pul., 2010, 416 p.).
11. Vasilyuk F.E. *Psikhologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii)* [Psychology of experience: analysis of critical situations overcoming]. Moscow, Moscow University Publ., 1984, 200 p.
12. Vakhreneva O.A., Kolotil'shchikova E.A. *Osobnosti struktury lichnosti bol'nykh s nevrasteniei i nevrozopodobnymi rezidual'no-organicheskimi rasstroistvami* [Personality structure of patients with neurasthenia and residual-organic neurosis]. *Vestnik psikhoterapii*, 2014, no. 50(55), pp. 30-46.
13. Vein A.M., Kolosova O.A., Yakovlev N.A. *Nevrozy (kliniko-patogeneticheskie aspekty, diagnostika, lechenie i profilaktika)* [Neuroses: pathogenesis, diagnosis, treatment and prevention]. Moscow, 1995, 231 p.
14. Gil'yasheva I.N. *Voprosniki kak metod issledovaniya lichnosti* [Questionnaires as personality study methods]. In: Kabanov M.M., Lichko A.E., Smirnov V.M., eds. *Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korrektsii v klinike* [Methods of clinical psychological diagnostic and correction]. Leningrad, Meditsina Publ., 1983, pp. 62-81.
15. Grishina N.V. *Psikhologiya konflikta* [Psychology of conflict]. 2nd ed. St. Petersburg, 2008, 544 p.
16. Ershov A.A. *Lichnost' i kollektiv: mezhlichnostnye konflikty v kollektive, ikh razreshenie* [Person and group: group-interpersonal conflicts and their resolution]. Leningrad, Znanie Publ., 1976, 40 p.

17. Isurina G.L. *Mekhanizmy psikhologicheskoi korrektsii lichnosti v protsesse gruppovoi psikhoterapii v svete kontseptsii otnoshenii* [Relation concept approach in studying mechanisms of psychological correction during group psychotherapy]. In: Karvasarskii B.D., Leder S., eds. *Gruppovaya psikhoterapiya* [Group psychotherapy]. Moscow, 1990, pp. 89–121.
18. Karvasarskii B.D., Kolotil'shchikova E.A., Karavaeva T.A., Baburin I.N., Lysenko I.S. *Sravnitel'noe issledovanie struktury lichnosti u bol'nykh s nevroticheskimi i nevrozopodobnymi rasstroistvami s pozitsii psikhodinamicheskoi kontseptsii lichnosti G. Ammona* [Comparative study of neurotic and neurosis patients' personality structure: G. Ammon's psychodynamic conception approach]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Southern-Ural State University Bulletin. Series: Psychology], 2011, no. 18(235), pp. 104–110.
19. Karvasarskii B.D. *Nevrozy* [Neuroses]. 2nd rev. ed. Moscow, Meditsina Publ., 1990, 576 p.
20. Kolotil'shchikova E.A. *Obosnovanie psikhologicheskikh mekhanizmov nevroticheskikh rasstroistv* [Basis of neurotic disorders' psychological mechanisms]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2011, no. 39, pp. 64–78.
21. Kolotil'shchikova E.A. *Psikhologicheskie mekhanizmy nevroticheskikh rasstroistv: dis. ... dokt. psikhol. nauk*. [Psychological mechanisms of neurotic disorders: Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2012, 600 p.
22. Kolotil'shchikova E.A., Lysenko I.S., Chekhlatyi E.I. *Sovremennye predstavleniya o konfliktakh* [Modern views of conflicts]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2010, vol. 38, no. 33, pp. 90–103.
23. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B. *Sravnitel'noe issledovanie lokusa kontrolya u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami v period sotsial'no-ekonomicheskikh pere-men v strane (1987–2009 gg.)* [Comparative study of locus control of patients with neurotic disorders during socioeconomic changes (1987–2009)]. *Vestnik Pyatigorskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta* [Pyatigorsk State Linguistic University Bulletin], 2010, no. 2, pp. 329–331.
24. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Poltorak S.V., Chekhlatyi E.I. *Motivatsiya v psikhoterapii (obzor literatury)* [Motivation in psychotherapy: literature review]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev psychiatry and medical psychology review], 2011, no. 2, pp. 13–16.
25. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Chekhlatyi E.I. *Koping-povedenie u bol'nykh nevrozami i ego dinamika v protsesse kratkosrochnoi interpersonal'noi gruppovoi psikhoterapii* [Dynamic of neurosis patients' coping behaviour during short-term group psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2004, no. 12, pp. 9–22.
26. Comer R.J. *Fundamentals of abnormal psychology*. Worth Publishers, 2013 (Russ. ed.: Comer R.J. *Patopsikhologiya povedeniya: Narusheniya i patologii psikhiki*. St. Petersburg, Praim-Evroznak Publ.; Moscow, OLMA-press Publ., 2005, 638 p.).
27. Korabel'nikova E.A. *Kliniko-psikho-fiziologicheskie zakonomernosti formirovaniya nevroticheskogo sindroma: dis. ... dokt. med. nauk* [Clinical, psychological and physiological principles of neurotic syndrome formation: Doct. Diss.]. Moscow, 2004, 250 p.
28. Lib R., Wittchen H.-U. *Angststörungen*. In: Perrez M., Baumann U., eds. *Klinische Psychologie–Psychotherapie*, 2011, pp. 893–938 (Russ. ed.: Lib R., Wittchen H.-U. *Trevozhnye rasstroistva*. In: Perre M., Baumann U., eds. *Klinicheskaya psikhologiya*. 2nd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2006, 1312 p.).

29. Lorentz K. Das Sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression, 1974. (Russ. ed.: Lorentz K. Agressiya (tak nazyvaemoe «zlo»). Moscow, Progress Publ., 1994, 272 p.).
30. McDougall W. An introduction to social psychology, 1909. (Russ. ed.: McDougall W. Osnovnye problemy sotsial'noi psikhologii. M., 1916, 282 p.).
31. Merlin B.C. *Lichnost' i obshchestvo* [Person and society]. Perm, Perm State Pedagogical Institute Publ., 1990, 92 p.
32. Moreno J.L. Sociometry, experimental method and the science of society. 1951. (Russ. ed.: Moreno J.L. Sotsiometriya: eksperimental'nyi metod i nauka ob obshchestve. Moscow, Akademicheskii proekt, 2001, 384 p.).
33. May R. The meaning of anxiety (rev. ed.). N.Y., 1977 (Russ. ed.: May R. Smysl trevogi. Moscow, Klass Publ., 2001, 384 p.).
34. Myasishchev V.N. *Lichnost' i nevrozy* [Person and neuroses]. Leningrad, Leningrad State University Publ., 1960, 426 p.
35. Myasishchev V.N. *Psikhologiya otноshenii* [Relational psychology]. Moscow, Vornonezh, 1995, 361 p.
36. Nikolaev E.L. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva kak klinicheskii, psikhologicheskii i sotsiokul'turnyi fenomen (regional'nyi aspekt v Chuvashii): dis. ... dokt. med. nauk* [Borderline disorders as clinical, psychological and sociocultural phenomenon: regional aspect in Chuvashia: Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2006, 391 p.
37. Nikolaev E.L. *Sotsiokul'turnaya identichnost' lichnosti pri pogranichnykh rasstroistvakh* [Personal sociocultural identity of borderline disorder patients]. *Medit-sinskaya psikhologiya v Rossii* [Medicine psychology in Russia], 2010, no. 2. Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed 14 May 2014).
38. Nikolaev E.L., Ignat'ev Yu.V., Mukhamadiev D.M. *Psikhicheskoe zdorov'e na evraziiskom prostranstve kul'tur: klinicheskie, psikhologicheskie i sotsial'nye realii* [Mental health on Eurasian cultural space: clinical, psychological and social actuals]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2013, 378 p.
39. Nikolaev E.L., Suslova E.S. *Dinamika nauchnykh predstavlenii o nevrozakh: ot biologicheskoi modeli k kul'turnoi* [From biology to culture: dynamic of scientific approaches towards neuroses]. *Medit-sinskaya psikhologiya v Rossii* [Medicine psychology in Russia], 2011, no. 5. Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed 15 May 2014).
40. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Orlov F.V. *Diskursivnyi tip lichnosti pri nevroticheskikh rasstroistvakh* [Discourse personality type of neurotic disorders]. Cheboksary, Chuvash State University Publ., 2012. 148 p.
41. Ovcharenko V.I. *Psikhoanaliticheskii glossarii* [Psychoanalytic glossary]. Minsk, 1994, p. 181.
42. Pervin L.A., John O.P., ed. Handbook of personality: Theory and research. Elsevier, 1999. (Russ. ed.: Pervin L. Psikhologiya lichnosti: Teoriya i issledovaniya. Moscow, Aspekt Press Publ., 2001. 607 p.).
43. Perrez M., Baumann U. Klinische Psychologie–Psychotherapie, 2011. (Russ. ed.: Perre M. Klinicheskaya psikhologiya. St. Petersburg, 2002, 438 p.).
44. Platonov K.K., Kazakov V.G. *Razvitie sistemy ponyatii teorii psikhologicheskogo klimata v sovetskoj psikhologii* [History of conceptual framework of psychological climate theory in Soviet psychology]. In: Shorokhova E.V., Zotova O.I., eds. *Sotsial'no-psikhologicheskii klimat kollektiva* [Sociopsychological climate of group]. Moscow, Moscow State University Publ., 1979, pp. 143–167.
45. Ryzhik A.V. *Osobennosti zashchitno-sovladayushchego povedeniya u bol'nykh nevrozami i ikh psikhofiziologicheskie korrelyaty: dis. ... kand. psikhol. nauk* [Specific and psy-

- chophysiological correlations of neurotic patients' copying behaviour]. St. Petersburg, Psychoneurological research Institute after V.M. Bekhterev Publ., 2005, 163 p.
46. Svetlov V.A. *Analitika konflikta* [Analytcs of conflivt]. St. Petersburg, Rostok Publ., 2001, 512 p.
47. Svetlov V.A. *Konflikt: modeli, resheniya, menedzhment* [Conflict: modles, resolving, management]. St. Petersburg, Piter Publ., 2005, 540 p.
48. Sighele S. *La coppia criminale*, 1909. (Russ. ed.: Sighele S. *Prestupnaya tolpa. Opyt kollektivnoi psikhologii*. St. Petersburg, F. Pavlenkova Publ., 1896, 116 p.).
49. Suslova E.S., Nikolaev E.L. *Diskursivnyi kharakter sistemy otnoshenii u patsientov c nevroticheskimi rasstroistvami* [Discursive type of relation system of neurotic patients]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova* [Kostorma StateUniversity after N.A. Nekrasov Bulletin], 2009, vol. 15, no. 1, pp. 328–332.
50. Tinbergen N. Social behaviour in animals, 1953 (Russ. ed.: Tinbergen N. *Sotsial'noe povedenie zhivotnykh*. Moscow, Mir Publ., 1993, 152 p.)
51. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press, 1962 (Russ. ed.: Festinger L. *Teoriya kognitivnogo dissonansa*. St. Petersburg, Yuventa Publ., 1999, 318 p.).
52. Fisher R., Ury W.L., Patton B. *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. Penguin, 2011. (Russ. ed.: Fisher R. *Put' k soglasiyu ili peregovory bez porazheniya*. Moscow, Nauka Publ., 1992, 158 p.).
53. Freud S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, 1917. (Russ. ed: Freud Z. *Vvedenie v psikhoanaliz: lektzii*. Moscow, Nauka Publ., 1991, 546 p).
54. Freud S. *Jenseits des Lustprinzips*, 1920 (Russ. ed.: Freud Z. *Po tu storonu printsipa udovol'stviya*. Moscow, Sovremennye problem Publ., 1925, 112 p.).
55. Fadiman J., Frager R. *Personality and personal growth*. N.Y.: Harper & Row, 1976. (Russ. ed.: Frager R. *Bol'shaya kniga psikhologii. Lichnost'. Teorii, uprazhneniya, eksperimenty*. 6th ed. St. Petersburg, Praim-Evroznak, Kharvest Publ., 2008, 704 p.).
56. Fromm E. *Escape from freedom*. Macmillan, 1994 (Russ. ed.: Fromm E. *Begstvo ot svobody. Chelovek dlya sebya*. Moscow, AST Publ., 2006, 571 p.).
57. Harary F. *Graph theory*, 1969 (Russ. ed.: Harary F. *Teoriya grafov*. Moscow, Mir Publ., 1973, 300 p.).
58. Horney K. *Our Inner Conflicts: A Constructive Theory of Neurosis*. WW Norton & Company, 1945 (Russ. ed.: Horney K. *Vashi vnutrennie konflikty*. St. Petersburg, Lan' Publ., 1997, 237 p.).
59. Hjelle L.A., Ziegler D.J. *Personality, Basic Theories and Assumptions*, 1981. (Russ. ed.: Hjelle L., Ziegler D. *Teorii lichnosti. Osnovnye polozheniya, issledovaniya i primeneniye*. St. Petersburg, Piter Press Publ., 1997, pp. 105–106).
60. Hjelle L.A., Ziegler D.J. *Personality theories: Basic assumptions, research, and applications*. N.Y., McGraw-Hill, 1992 (Russ ed.: Hjelle L., Ziegler D. *Teorii lichnosti*. 3rd ed. St. Petersburg, Piter Publ., 2006, 607 p.).
61. Shibutani T. *Society and personality: An interactionist approach to social psychology*. Transaction Publishers, 1975 (Russ. ed.: Shibutani T. *Sotsial'naya psikhologiya*. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 2002, 544 p.).
62. Bandura A. *Behavior theory and the models of man*. *American Psychologist*, 1974, vol. 29, pp. 859–869.
63. Bandura A., Adams N.E., Beyer J. *Cognitive processes mediating behavioral change*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977, vol. 35, pp. 125–139.

64. Barlow D.H. Anxiety and it's disorders. N.Y., Guilford, 1988.
65. Beck A.T. Cognitive therapy and the emotional disorders. N.Y., American Book, 1976.
66. Berkowitz L. Aggression: A Social Psychological Analysis. N.Y., McGraw-Hill, 1962, 278 p.
67. Binswanger L. Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger. N.Y., Basic, 1963.
68. Blake R.R., Mouton J.S., Shepard H.A. Managing Inter-Group Conflict in Industry. Houston, Gulf, 1964, 340 p.
69. Costa E. Benzodiazepine/GABA interactions: A model to investigate the Neurobiology of Anxiety. In: Tuma A.H., Maser J., eds. Anxiety and Anxiety disorders. London, Lawrence Erlbaum Publ., 1985, pp. 27–52.
70. Costa E. From GABA(A) receptor diversity emerges a unified vision of GABAergic inhibition. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.*, 1998, vol. 38, pp. 321–350.
71. Deutsch M. The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes. New Haven, Yale University Press, 1973, 420 p.
72. Dollard J., Doob L., Miller N. et al. Frustration and aggression. New Haven, Yale University Press, 1939, 442 p.
73. Ehlers A. Somatic sympoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 1993, vol. 3, pp. 269–278.
74. Ellis A. Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach. N.Y., McGraw-Hill, 1973.
75. Ellis A. Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 1958, vol. 59, pp. 35–49.
76. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1993, vol. 61, pp. 199–201.
77. Eysenck H.J., Rachman S. Causes and Cures of Neurosis. London, Roulledge and Kegan Paul, 1965.
78. Eysenck H.J. Personality, genetics and behavior: Selected papers. N.Y., Praeger, 1982, 340 p.
79. Haefely W. The role of GABA in anxiolytic antidepressant drug action. In: Experimental Approaches to Anxiety and Depression. Chichester, Willey and Sons, 1992, pp. 151–168.
80. Heider F. The psychology of interpersonal relations. N.Y., John Wiley, 1958, 322 p.
81. Höhn-Saric R., Benkelfat C. Structural and functional brain imaging in obsessive compulsive disorder. In: Hollander E., Zohar J., Marazziti D., Olivier B., eds. Obsessive compulsive disorder. N.Y., Wiley, 1994, pp. 183–211.
82. Horney K. Self-analysis. N.Y., Norton, 1942.
83. Howard N. Paradoxes of Rationality: Games, Metagames, and Political Behavior. Cambridge, The MIT Press, 1971.
84. Lloyd G.K., Fletcher A., Minchin M.C.W. GABA agonists as potential anxiolytics. In: Burows C.D., Roth S.M., Noyes R., eds. Handbook of anxiety. Oxford, England: Elsevier, 1992, vol. 5, pp. 35–58.
85. Mathew R.J., Ho B.T., Francis D.J. et al. Catecholamines and anxiety. *ACTA Psychiatr. Scand.*, 1982, vol. 65, pp. 142–147.
86. Mead G.H. Mind, Self, and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist. Chicago, The University of Chicago Press, 1934, 440 p.
87. Newman J.D., Farley M.J. An ethologically based, stimulus and gender-sensitive nonhuman primate model for anxiety. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiatr.*, 1995, vol. 19, pp. 677–685.

88. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2011, vol. 1, no. 3, pp. 482–485.
89. Rauch S.L., Savage C.R., Alpert N.M., Miguel E.C. et al. A positron emission tomographic study of simple phobic symptom provocation. *Archives of General Psychiatry*, 1995, no. 52, pp. 20–29.
90. Robinson D., Wu H., Munne R.A., Ashtari M. et al. Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1995, no. 52, pp. 393–399.
91. Rogers C.R. Client-centered therapy. In: Kutush I.L., Wolf A., eds. *Psychotherapist's casebook*. San Francisco, Jossey-Bass, 1986.
92. Rogers C.R. The Case of Mrs. Oaks: A research analysis. In: Rogers C.R., Dymond R.F., eds. *Psychotherapy and personality change*. Chicago, University of Chicago Press, 1954.
93. Rotter J.B. *Social learning and clinical psychology*. N.Y., Prentice-Hall, 1954.
94. Rotter J.B. *The development and applications of social learning theory: Selected papers*. N.Y., Praeger, 1982.
95. Sanders S.K., Shekhar A. Regulation of anxiety by GABA(A) receptors in the basolateral and central nuclei of the rat amygdale. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1995, vol. 52(4), pp. 701–706.
96. Sherif M. *The psychology of social norms*. N.Y., Harper, 1936, 179 p.
97. Skinner B.F. *About behaviorism*. N.Y., Knopf, 1974.
98. Stein D.J., Hollander E., Cohen L. Neuropsychiatry of obsessive compulsive disorder. In: Hollander E., Zohar J., Marazziti D., Olivier B., eds. *Obsessive compulsive disorder*. N.Y., Wiley, 1994, pp. 167–182.
99. Watson J., Rayner R. Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 1920, vol. 3, pp. 1–14.
100. Wolpe J. *The practice of behavior therapy*. 4th ed. Elmsford, N.Y., Pergamon, 1990.

Колотильщикова Е.А. Психологические основы неврозогенеза: основные концепции и модели // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11. Вып. 1. С. 30–56.

Аннотация. Большинство гипотез о происхождении неврозов и невротических расстройств до последнего времени были тесно связаны с психологическими теориями личности, которые различным образом концептуализируют человеческое поведение как в норме, так и в патологии. Представители одних направлений смогли экспериментально подтвердить выдвигавшиеся ими гипотезы (это прежде всего когнитивная и социально-когнитивная школа, а также теория черт). Последователи других направлений не сумели найти научных доказательств существования выделяемых ими моделей личностного функционирования. В обзоре изложены широко известные представления о психологических механизмах невротических расстройств и более подробно освещены относительно новые концепции, развиваемые чаще всего в рамках биологических моделей.

Отдельно рассмотрен вопрос об интрапсихических конфликтах с учётом их роли в этиопатогенезе неврозов. Отмечено, что, несмотря на существование большого числа исследований особенностей внутриличностного конфликта при невротических расстройствах, единого взгляда

на то, в чем состоит конкретное его содержание, до настоящего времени не существует. Личностная и межличностная противоречивость является одной из центральных проблем психологической диагностики невротических расстройств в клинике. Связано это и с тем, что уменьшилось количество чистых невротических расстройств и возросло число смешанных их форм, возникло представление о многомерности в настоящее время невротических конфликтов.

Установлено, что во всем многообразии психологических концепций и моделей невротогенеза определяются общие тенденции: 1) признание важности роли конфликта и понимание его как естественного явления, способного оказывать как негативный, так и позитивный эффект; 2) тенденции к формированию теоретической и методологической базы учения о конфликтах. В основе исследования явления конфликта лежат научные принципы, рассматривающие конфликт как динамичное системное междисциплинарное явление, доступное объективному изучению.

Ключевые слова: неврозы, невротические расстройства, психологические механизмы, биологические модели, конфликт, внутриличностный конфликт, интрапсихический конфликт.

Информация об авторе:

Колотильщикова Екатерина Андреевна, доктор психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел. +7 812 3035050. kea63@rambler.ru.

Kolotil'shchikova E.A. Psikhologicheskie osnovy nevrozogeneza: osnovnye kontseptsii i modeli [Psychological foundations for neurotic disorders: basic concepts and models] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 30–56.

Abstract. Until recently, most of hypotheses about the origin of neurosis and neurotic disorders have been closely related to different psychological personality theories that variously conceptualize both normal and pathological human behavior. Adherents of some psychological concepts were able to confirm their hypotheses (It is mainly cognitive and socio-cognitive schools, as well as personality traits theory) experimentally. Followers of other psychological concepts have failed to find scientific evidence for the existence of the assumed models of personality functioning. This overview presents popular ideas of psychological mechanisms of neurotic disorders and gives full coverage of relatively new concepts that are most often developed within the framework of biological models.

Another point is the issue of intra-psychic conflicts with regard to their role in etiology and pathogenesis of neuroses and neurotic disorders. It is noted that, despite a large number of research carried out on the peculiarities of

intrapersonal conflict in neurotic disorders, there is still no common opinion on what it specifically means.

Personal and interpersonal inconsistency is one of the central problems of psychological diagnosis of neurotic disorders in clinical practice. This is connected with decrease in number of plain neurotic disorders and increase in number of their mixed forms as well as the today's perception of neurotic conflicts as multidimensional phenomenon.

The author claims that in a variety of psychological concepts and models of neurotic disorders there appear such general trends as: 1) accepting the idea that the conflict plays an important role and should be regarded as a natural phenomenon that can have both negative and positive effects; 2) tendency to forming the theoretical and methodological basis for conflict theory. The research of the conflict phenomenon should be based on scientific principles that consider the conflict as a dynamic, systemic and interdisciplinary phenomenon that is accessible for objective study.

Keywords: neurosis, neurotic disorders, psychological mechanism, biological model, conflict, intrapersonal conflict, intrapsychic conflict.

Information about author:

Kolotil'schikova Ekaterina, Doctor of Psychology, Associate Professor, Psychotherapy and Sexology Department, North-Western State Medical University. 41, Kirochnaya ul., St. Petersburg, 191015, Russia. Tel. +7 812 3035050. kea63@rambler.ru.

Поступила: 04.02.2015

Received: 04.02.2015

УДК 615.851:616.1
ББК Ю948.1-82:Р410

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева

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

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) относятся к заболеваниям, определяющим высокие показатели заболеваемости, болезненности и смертности во многих странах мира. Формирование целостных представлений о заболевании с учётом не только биологических, но и психосоциальных факторов определяет эффективную стратегию диагностики, лечения и профилактики патологических процессов и состояний. С целью определения современных подходов в применении психотерапии и психологической помощи в системе лечения и реабилитации больных ССЗ проведён анализ отечественной и зарубежной научной литературы с преимущественным вниманием к литературным источникам за последние пять лет.

Многолетний интерес исследователей к анализу психологических особенностей больных с кардиальной патологией не является беспочвенным, а ориентирован на задачи клинической практики. Широко известно, что данные о взаимосвязях между клиническими и психологическими характеристиками больных с кардиальной патологией помогают разработке дифференцированных подходов к психологическому сопровождению лечебно-восстановительного процесса [2]. Показано, что неготовность больного с ССЗ оптимально оценивать стрессоры и выбирать адекватные стратегии совладания связана с недооценкой серьёзности проблемы болезни на этапе госпитализации, что также соотносится с риском снижения приверженности врачёбным рекомендациям и ухудшением соматического состояния в постстационарный период [26].

С учётом выраженности при артериальной гипертензией (АГ) гнева как личностной черты и стремления к его подавлению оправданы образовательные программы, направленные на обучение больных управлению гневом и выражению эмоций [34].

В профилактических целях учёными Стамбульского университета при проведении скрининга уровня здоровья школьников предла-

гается наряду с определением у них артериального давления и индекса массы тела изучать особенности экспрессии гнева [29].

Эмоциональные реакции больных с АГ характеризуются подавлением внешних эмоциональных проявлений как негативного, так и позитивного спектра [16]. При АГ также определяются механизмы подавления и отрицания ситуаций, вызывающих тревогу, ограничение эмоций, возникающих в стрессовых ситуациях [37].

Характерные для больных АГ состояния психологической дезадаптации, выражающиеся в соматизации тревоги, опасениях за своё состояние в связи с перспективами на будущее, появление ригидных, труднокорректируемых установок позволяют использовать в целях когнитивной, личностно-центрированной психокоррекции в работе психолога с такими больными специально разработанную методику «Уровень соотношения "ценности" и "доступности" в различных жизненных сферах» [28].

С учётом того, что стресс оказывает прямое и опосредованное поведением влияние на организм человека, оба эти пути подлежат психологическому воздействию в случае целенаправленной профилактики и коррекции ССЗ. Коррекционная и профилактическая работа может осуществляться по двум направлениям: через коррекцию психологических характеристик, определяющих субъективную стрессогенность событий для личности; через коррекцию эмоционального состояния и поведения в стрессовых ситуациях [27].

ССЗ в большей или меньшей мере относят к психосоматическим заболеваниям, в формировании которых значимую роль имеют психологические факторы. На примере кардиологических больных с пороком митрального клапана и на основе методологии синдромного анализа исследователями вводится новый конструкт «психосоматического синдрома» [43], который имеет многоуровневый характер и определяется мотивационным фактором, фактором эмоционального регуляторных нарушений и психофизиологическим фактором [44].

Проанализированы обоснования применения психотерапии при психосоматических заболеваниях. Выделены две основные роли в психотерапевтическом влиянии на болезненные процессы: «протекторная» роль, задача которой – смягчить реактивность структурного аттрактора болезни, и «модулирующая» роль, задача которой – дать направление адаптационно-компенсаторным процессам, определяющим течение заболевания. Первая роль относится, в целом, к компенсаторному симптоматическому лечению. Вторая роль задаёт направление изменения структурного аттрактора болезни и может быть отнесена к адаптивному патогенетическому лечению [3].

Также выделены общие для всех больных зоны компенсаторного психотерапевтического вмешательства: социальная сфера, эмоциональная сфера, семейная сфера, психосоматическая сфера. Психотерапевтическую работу необходимо строить в комплексе следующих целей и задач: повышение коммуникативной компетентности; саморегуляция; создание условий для отреагирования заблокированных эмоций; повышение фрустрационной толерантности; усиление экстрапунитивной направленности, оптимистичности; гармонизация семейных отношений [3].

Предложена универсальная профилактическая модель теоретико-практических представлений, взаимосвязанных между собой общим смыслом, идейными целями и технологиями, цель которой – максимальное раскрытие системы потенциалов личности больного. В их число входят: потенциал разума (интеллектуальный аспект здоровья), потенциал воли (личностный аспект здоровья), потенциал чувств (эмоциональный аспект здоровья), потенциал тела (физический аспект здоровья), общественный потенциал (социальный аспект здоровья), креативный потенциал (творческий аспект здоровья), духовный потенциал (духовный аспект здоровья) [3].

При рассмотрении социального аспекта соматического заболевания в контексте негативного социального стереотипа при сердечно-сосудистой патологии у больных с кардиальной патологией в сравнении с больными гастроэнтерологического профиля определяется значительно суженная временная перспектива. В связи с этим очевидно, что психологическая помощь должна быть направлена не только на коррекцию наличного эмоционального состояния, но и на осмысление ситуации болезни, различных жизненных этапов и всего жизненного пути личности, формирование широкой временной перспективы будущего [6].

Выделяют несколько этапов в работе с психосоматическим пациентом. Особое внимание при этом обращается на пятый этап, который предполагает работу с фундаментальными мотивациями (по А. Лэнгле). Работа с первой мотивацией – «я есть, но каким образом мне справиться со своим бытием?» – заключается в поиске внутренней опоры и развитии фундаментального доверия. Работу со второй мотивацией – «я есть, но как сделать, чтобы мне хорошо было здесь жить?» – можно осуществлять в техниках психосинтеза через согласование противоречивых субличностей пациента, наполняя чувствами пространство собственного бытия пациента. Поиск третьей мотивации – «я есть я, но имею ли я право быть собой?» – должен привести пациента к аутентичности. Работа может осуществляться как в техниках психосинтеза через отождествление

или разотождествление, самоотождествление, «постижение своего я», так и с применением психодрамы и гештальт-терапии. Определение четвертой мотивации – «я есть, но каков смысл моей жизни в этом мире?» – заключается в работе с ценностями, конструировании новых смыслов, целеустройении и может выполняться с помощью техник рационально-эмотивной терапии [24].

Психосоматическая составляющая этиопатогенеза ССЗ обуславливает и направленность профилактической деятельности, которая возможна при интеграции медицинских направлений, системном и комплексном подходе, учёте всех составляющих этиопатогенеза и психогенеза патологического состояния. Существует необходимость в развитии образовательных программ как для врачей, так и для пациентов, ликвидирующих когнитивный дефицит относительно природы психосоматических заболеваний и возможностей их профилактики посредством гигиенических мероприятий и образа жизни, своевременного разрешения конфликтов психологическими методами [18].

Необходимость координации усилий специалистов при профилактике и оказании медицинской помощи больным ССЗ отражается и в предложениях проведения специального скрининга как способа оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства [7].

Считается, что абсолютное большинство больных кардиологического профиля нуждается в психокоррекционных и психотерапевтических воздействиях. Основанием для их проведения являются наблюдаемые у них пониженное настроение, замкнутость, тревожность, повышенная агрессивность, утрата уверенности в себе, снижение самооценки, что расценивается как проявления эмоционального стресса и личностной дезадаптации. Предложен и обоснован комплексный метод активной музыкальной психотерапии для кардиологических больных, включающий пение, движение, игру на музыкальных инструментах в сопровождении фортепиано [11].

Особые потребности в психологической и психотерапевтической помощи испытывают кардиохирургические больные. Помимо того, что большинство из них имеет высокий уровень тревожности, депрессии и напряжения, у них отмечено наличие экзистенциальных и духовных проблем, проявляющихся в заниженной оценке собственной личности и жизни в целом [12]. Исследования показывают, что отношение кардиохирургического больного к оперативному вмешательству связано с его исходом. Выделяются четыре варианта такого отношения: пессимистичный, индиффе-

рентный, оптимистичный нереалистичный и оптимистичный реалистичный [32].

В послеоперационном периоде важны формирование адекватного отношения больного к здоровью, снятие психоэмоционального напряжения и стресса, связанного с хирургическим вмешательством, а также формирование оптимистических социальных установок по возвращению к полноценной жизни [4].

Важными направлениями психологической поддержки являются формирование дальнейших ориентиров на здоровый образ жизни в послеоперационный период, стремление к саморазвитию и самореализации [12], что способствует более полному и быстрому восстановлению здоровья и трудоспособности, а также минимизирует риски дестабилизации заболевания на поздних этапах [4].

Переход патологического состояния у больного с ССЗ в хроническое сопровождается определенными психологическими изменениями, не всегда носящими позитивный характер, что также может быть мишенью психологической коррекции и психотерапии. У больных возрастает интенсивность субъективного переживания изолированности от окружающих, имеют место иррациональные страхи и чрезмерная пассивность в сфере межличностных отношений с выделением значимых людей, с которыми связываются необоснованные надежды на благополучный исход [9]. В связи с этим психокоррекционные и психотерапевтические воздействия при ССЗ должны проводиться с учётом особенностей индивидуально-личностного и медико-психологического профилей, а также осознаваемой и неосознаваемой специфики межличностного взаимодействия пациента [10].

Особенности психокоррекционной работы с больными гипертонической болезнью (ГБ) описаны следующим образом: целесообразно придерживаться недирективных по форме и когнитивных по содержанию методов психокоррекционного воздействия. В диалоге с больным должны быть затронуты те проблемы, которые лежат в основе наиболее глубоких внутриличностных конфликтов. Их обсуждение обеспечивает снятие субъективного прессинга, запрета со стороны смыслообразующего мотива, даёт возможность переосмысления старых и нахождение новых путей его реализации [28].

Суть метода недирективной когнитивной психокоррекции в работе с больными ГБ состоит в обеспечении возможности постепенной актуализации ценностных, смыслообразующих мотивов и совместном с больными поиске подходов к их реализации. Субъективная психическая неудовлетворенность, внутренний дискомфорт снижаются, таким образом, не за счёт мгновенного разреше-

ния проблемы или искусственного снятия симптома повышенного артериального давления, а благодаря появлению конкретной возможности «психологического манипулирования» этой проблемой, обеспечению попыток её переосмысления [28].

Хорошую клиническую эффективность в работе с больными АГ показывает применение таких техник снижения стресса, как биологическая обратная связь, релаксация, комбинированные подходы [35].

Результаты исследований показывают, что тревожные и депрессивные состояния при сердечно-сосудистой патологии способствуют повышению частоты сердечно-сосудистых осложнений. Пациенты с тревожными и депрессивными состояниями имеют сниженную приверженность лечению и выполнению врачебных рекомендаций [23].

Негативные эмоциональные состояния больных связаны с более тяжёлым соматическим состоянием и худшим прогнозом заболевания. Но и здесь есть свои особенности. При хронической сердечной недостаточности состояние декомпенсации больше связано с эмоциональным балансом, чем просто с уровнем негативных эмоций: тревогой, депрессией и враждебностью [25].

В связи с этим, по мнению Н.Ю. Кувшиновой [14], психологическая работа с больными ИБС должна быть направлена на снижение уровня тревоги, депрессии, гармонизацию внутренней картины болезни, коррекцию пессимистического объяснительного стиля, являющегося фактором, поддерживающим депрессивное состояние, коррекцию межличностных отношений с формированием возможности построения отношений, основанных на доверии и взаимопонимании. При проведении психокоррекционных мероприятий следует учитывать «резистентность» к психокоррекции у лиц с выраженной доминантностью.

Для снижения тревожных состояний в настоящее время применяются различные немедикаментозные методы, такие как когнитивно-поведенческая, рациональная психотерапия, релаксационные методики: аутогенная тренировка, дыхательно-релаксационный тренинг, прогрессивная мышечная релаксация, релаксационная методика с использованием биологической обратной связи [23].

В литературе описаны также положительные эффекты долгосрочной интегративной психотерапии тревожных расстройств у пациентов с пролапсом митрального клапана с наблюдением в катаменезе от двух до десяти лет. Анализ стратегий эмоциональной регуляции у пациентов показывает, что психотерапия способствует использованию ими эффективных копингов разрешения задач. Наблюдается позитивная динамика в развитии личностной

рефлексии, принятии эмоционального опыта, улучшении навыков саморегуляции, росте осознания актуальных потребностей, личных целей и личностных ресурсов, что соотносится с уменьшением выраженности клинических симптомов ССЗ [42, 36].

Также описано, что психотерапия больных ишемической болезнью сердца (ИБС) должна опираться на следующие психологические и психофизиологические факторы: форму ригидности, когда астеническая форма ригидности рассматривается как прогностически неблагоприятный признак; функциональное состояние мозга, когда снижение уровня энергетического функционального состояния по величине омега-потенциала рассматривается как прогностически неблагоприятный признак; личностные особенности больного, когда сочетание пассивности, демонстративности и шизоидности рассматривается как прогностически неблагоприятный признак для психотерапии [5].

При планировании психокоррекции у больных ИБС пожилого возраста с тяжестью соматического состояния, сопутствующими психопатологическими проявлениями и выраженностью астении следует исключить применение сложных методик, направленных на изменение установок, убеждений, оценки информации. Целесообразны эмоциональная поддержка, эмпатия, снижение психологического дискомфорта. В ходе применения психокоррекции для пациентов, перенёвших «внезапное коронарное событие» на фоне неблагоприятных социальных и психологических факторов, целесообразно использование когнитивно-поведенческих методик, направленных на изменение оценки информации, связанной с психотравмирующими факторами в целях снижения их патогенного влияния. Для лечения больных ИБС с выраженными показателями тревожности в комплекс психокоррекционных мероприятий должны быть включены когнитивно-поведенческие методы коррекции тревоги. У больных ИБС с наличием депрессивных состояний, пациентов с сопутствующими проявлениями психопатологической симптоматики целесообразно применение элементов когнитивной психокоррекции и элементов поведенческой терапии (релаксационные методики). Для больных ИБС с наименее выраженными эмоционально-негативными состояниями психологические мероприятия должны включать эмоциональную поддержку, предоставление возможности выразить чувства, связанные с ситуацией болезни и госпитализации; профилактику формирования эмоционально-негативных состояний в дальнейшем [8].

При психокоррекционных мероприятиях для больных ИБС важен учёт клинической формы заболевания и сопутствующих осо-

бенностей психоэмоциональной сферы, в частности проявлений стеничности (агрессии, напряжения) у больных с инфарктом миокарда, или тревожно-депрессивных проявлений у больных с нестабильной стенокардией [8]. Дополнение краткосрочной стратегической терапией основного лечения у больных с инфарктом миокарда с высоким уровнем воспринимаемого стресса благоприятно влияет на течение заболевания [39].

Определённые перспективы при оказании психологической помощи больным ССЗ имеет обращение к психологическим ресурсам личности, которые можно отнести к интраперсональным и интерперсональным [15]. Религиозность является одним из значимых интраперсональных ресурсов больных с пороками сердца и сочетается у них с потребностью в большей социальной поддержке [22].

ССЗ нередко сопровождаются пограничными психическими расстройствами. Описана структура непсихотических психических расстройств у соматических больных, выявлена их связь с особенностями личности и психогениями [1].

Особенностью интегративной дифференцированной психотерапии у больных АГ с пограничными психическими расстройствами является её многоэтапность. Первый этап предусматривает установление психотерапевтического контакта, исходя из характерологических особенностей больных, и постановку целей. Эффективно применение техник нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. На втором этапе следует использовать технику краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности. Использование техник эриксоновской гипнотерапии на третьем этапе позволяет воздействовать на психологическую составляющую заболевания, потенцировать эффект соматотропной терапии и нормализовывать психоvegetативные соотношения с учётом особенностей личности больного артериальной гипертензией. На четвёртом этапе рекомендуются коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами и вторичными выгодами заболевания, выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению, коррекция сопутствующих нервно-психических нарушений, поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью рациональной психотерапии, нейролингвистического программирования, гештальт-терапии, самогипноза, групповой динамической психотерапии [13].

Основными целями психокоррекционной работы с больными с нарушениями сердечного ритма являются: профилактика и лечение психических нарушений, препятствующих проведению лечения заболевания, полноценной адаптации больных; оптимизация процесса психологической адаптации больных к изменившимся условиям жизни в связи с болезнью и проведенным лечением, особенно при тяжелой патологии сердца. Психотерапевтическое воздействие должно осуществляться на всех этапах лечения. Конкретные задачи и цели психотерапии, форма и содержание определяются в первую очередь: особенностями психического состояния больных, личностной реакцией на заболевание, тяжестью соматического состояния, специфическими особенностями послеоперационного периода [17].

С целью коррекции психических нарушений и ускорения психологической адаптации больных с нарушениями сердечного ритма к изменившимся условиям жизни используются методы симптоматической (рациональной) психотерапии. В дополнение к основным методам психотерапии в необходимых случаях присоединяется использование приёмов семейной психотерапии. Повышение эффективности психотерапевтического воздействия достигается участием в психокоррекционной работе всех сотрудников кардиохирургического и кардиологических отделений [17]. У больных с нарушениями ритма после имплантации кардиовертера-дефибриллятора хорошие результаты показывают психологические вмешательства когнитивно-поведенческой направленности [31].

Критериями эффективности психокоррекции больных ИБС, включающей индивидуальную и групповую формы работы, тренинги и направленной на стабилизацию эмоционального состояния, гармонизацию внутренней картины болезни, оптимизацию системы межличностных отношений пациентов, построение конструктивной оптимистичной жизненной позиции, повышение приверженности терапии, являются достоверное повышение интегрального показателя качества жизни и значений составляющих показателей его психологической сферы и сферы социальных отношений [14].

По данным Кохрановской библиотеки, психологическая помощь при ИБС может привести к некоторому снижению депрессии и тревоги, а также – к снижению кардиальной смертности. В тоже время, исследователи отмечают, что доказательств того, что психологические интервенции при ИБС уменьшают частоту сердечных приступов, потребность в оперативном лечении или общую смертность, отсутствуют [41].

Секция кардиальной реабилитации Европейской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики Европейского общества кардиологов считает необходимым включать в систему реабилитации кардиологических больных мультимодальную поведенческую интервенцию, интегративное консультирование по поводу психосоциальных факторов риска и совладания с болезнью. Пациентам с клинически выраженными симптомами дистресса рекомендуются психологическое консультирование, психологически ориентированные воздействия и/или психофармакотерапия [38].

Многочисленные эпидемиологические данные о психосоциальных факторах риска при ССЗ могут быть сгруппированы в несколько доменов, относящихся к поведенческой кардиологии. Они относятся к поведению, связанному со здоровьем, эмоциям, особенностям мышления, управлению стрессом, социальным связям и целеустремленности. На основе этих подходов в кардиологии могут быть реализованы инновационные профилактические практики с использованием возможностей Интернета, мобильных приложений по теме здоровья, групповых форм консультирования и др. [40].

Практическому оказанию психологической и психотерапевтической помощи больным ССЗ может помочь выделение ее четырёх этапов – психообразовательного, психокоррекционного, психотерапевтического и психореабилитационного. Это позволяет дифференцировать направленность, содержание и формы психологических воздействий, учитывать состояние адаптационного потенциала личности больного и обеспечивать преемственность в оказании психологической помощи на всех уровнях получения больными медицинской помощи [21].

Индивидуальная направленность психологического воздействия обеспечивается определением мишеней психологической помощи, которые при ССЗ могут быть подразделены на нозоспецифический уровень; уровень, специфичный для клинической ситуации; уровень, специфичный для социальной ситуации; уровень, специфичный для личности больного [19].

Большая роль в первичной профилактике ССЗ отводится среднему медицинскому персоналу первичной медицинской сети, который может участвовать в программах модификации жизненного стиля и факторов риска пациентов, в частности, через мотивационное интервью [33].

В основе всех видов взаимодействия врача с пациентом в кардиологической клинике должен лежать пациенто-центрированный

ориентир, учитывающий половые и возрастные особенности пациента. Наиболее эффективен интегрированный биопсихосоциальный подход, применяемый по отношению к каждому больному на постоянной основе. Обобщая направленность психологических воздействий, можно отметить, что при высоком артериальном давлении наиболее показаны программы релаксации и биологически обратной связи; при ИБС, сердечной недостаточности и после кардиохирургических операций – индивидуально адаптированная мультимодальная стратегия лечения. Она может включать образовательные инструменты, специальные упражнения, мотивационные модули, программы релаксации и управления стрессом [30].

Таким образом, анализ научной литературы позволяет констатировать, что на сегодняшний день имеется положительный опыт применения психотерапии и психологической помощи в системе лечения и реабилитации больных ССЗ. Психотерапия и психологическая помощь эффективно используются при артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, пороках сердца, нарушениях ритма, сердечной недостаточности, а также в пред- и послеоперационный период при кардиохирургической патологии. Обоснованием для включения психологических средств воздействия в систему лечения больных ССЗ являются психосоматические механизмы возникновения многих патологических состояний, весомая роль психосоциальных факторов риска в кардиологической клинике, наличие коморбидных психических нарушений тревожно-депрессивного спектра, необходимость повышения приверженности лечению и выполнению врачебных рекомендаций.

Реализуемые в кардиологической практике психотерапевтические подходы и психологические воздействия чаще нацелены на коррекцию психоэмоциональных нарушений, обучение управлению стрессом, оптимизацию навыков совладания с заболеванием, гармонизацию межличностных отношений. Более долгосрочные задачи связаны с работой в области мотивации и саморегуляции, осмыслением роли болезни в жизни пациента, раскрытием личностного потенциала и внутренних ресурсов пациента. Модификация психосоциальных факторов риска выводит психологические воздействия на уровень реализации мер профилактики.

Меры организационного характера в сфере психологической помощи кардиологическим больным предполагают взаимодействие специалистов на основе биопсихосоциального подхода, выделение многоуровневой системы мишеней психотерапии и пси-

хологического воздействия, этапный характер психологической помощи, обеспечивающий преемственность медицинской помощи на всех ее уровнях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф. и др. Типология пограничных психических расстройств и стрессоустойчивость [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России 2014. № 2 (25). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.01.2015).
2. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чумакова И.О. и др. Клинические факторы качества жизни больных с фибрилляцией предсердий, проходящих интервенционное лечение // Бюллетень Федерального Центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова. 2011. № 4. С. 15-23.
3. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1998. 394 с.
4. Белан И.А., Ложникова Л.Е., Барбухатти К.О. Психогенные реакции у кардиохирургических больных. Актуальность проблемы [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 4(6). URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 21.01.2015).
5. Варлакова Я.В. Психическая ригидность в патогенезе и психотерапии ишемической болезни сердца: дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2007. 193 с.
6. Василенко Т.Д. Роль социально-психологических факторов в изменении временной организации личности в ситуации хронического соматического заболевания // Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Сер. Гуманитарные науки. 2010. № 3. С. 75–79.
7. Великанов А.А. Структура и динамика эмоциональных состояний у больных ишемической болезнью сердца в период лечения в стационаре: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2009. 190 с.
8. Великанов А.А., Левашкевич Ю.Л., Матина Ю.А., Зеленская И.А., Софронова М.Г., Демченко Е.А. Скрининг как способ оптимизации психолого-психотерапевтической помощи пациентам кардиологического стационара до и после кардиохирургического вмешательства // Трансляционная медицина. 2014. № 1. С. 67–72.
9. Гартфельдер Д.В. Социально-психологические и личностные факторы патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.01.2015).
10. Гартфельдер Д.В., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические характеристики личности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в связи с задачами профилактики // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2014. Т. 14, № 4. С. 60–62.
11. Евдокимова Е.А. Музыкальная психотерапия в комплексном лечении больных кардиологического профиля: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2007. 188 с.
12. Исаева Е.Р., Гуреева И.Л., Давыденко И.Л. и др. Психологическое состояние пациентов перед хирургической операцией протезирования клапанов сердца [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. № 6(17). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.01.2015).

13. Кирюхина М.В. Психические расстройства у больных артериальной гипертензией и их психотерапевтическая коррекция: дис. ... канд. психол. наук. М., 2006. 216 с.
14. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. 29 с.
15. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Личностные адаптационные ресурсы при кардиальной патологии // Вестник Чувашского государственного педагогического университета имени И.Я. Яковлева. 2013. № 4(80), ч. 1. С. 92–96.
16. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Некоторые психологические характеристики пациентов с кардиологической патологией // Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17, № 1. С. 87–93.
17. Лебедева У.В. Динамика психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2006. 258 с.
18. Макарова А.Г., Борисов В.А. Актуальные вопросы применения психотерапии в восстановительном лечении кардиологических больных в санаторных условиях // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2009. № 35. С. 107–110.
19. Николаев Е.Л., Гартфельдер Д.В., Лазарева Е.Ю. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. 302 с.
20. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Дифференцированные мишени психологической помощи больным с кардиальной патологией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2014. № 3(17). С. 120–127.
21. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Организационные аспекты психологической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психотерапии. 2014. № 49(54). С. 79–90.
22. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Религиозность и социальная поддержка у больных с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2014. № 3(26). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.01.2015).
23. Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006. Т. 5, № 5. С. 75–80.
24. Русина Н.А. Психологические основы психосоматики (Психотерапевтические мишени в работе с пациентом психосоматической клиники) // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2011. Т. 1, № 7. С. 20–23.
25. Соловьева С.Л. Критерии нормы в клинической психологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2014. № 3(26). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.01.2015).
26. Трифонова Е.А. Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2013. № 155. С. 71–83.
27. Трифонова Е.А., Чернорай А.В., Пашенко Е.В. Копинг-компетентность и психосоматический риск у мужчин трудоспособного возраста с сердечно-сосудистой патологией [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2013. № 3(20). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.01.2015).

28. Фанталова Е.Б. Особенности мотивационно-личностной сферы у больных артериальной гипертензией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1989. 18 с.
29. Albayrak B. The determination of blood pressure, anger expression and body mass index in adolescents in Turkey: a pilot study. *Coll. Antropol.*, 2012, vol. 36, no. 1, Mar., pp. 87–92.
30. Albus C., Ladwig K.H., Herrmann-Lingen C. Psychocardiology: clinically relevant recommendations regarding selected cardiovascular diseases. Article in German. *Dtsch Med Wochenschr*, 2014, no. 139(12), Mar. 11, pp. 596–601.
31. Ansari S., Arbabi M. Cognitive behavioral therapy (CBT) in a Patient with Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) and Posttraumatic stress disorder (PTSD). *Iran J. Psychiatry*, 2014, no. 9(3), Jul., pp. 181–183.
32. Bokeria L.A., Zinchenko Y.P., Kiseleva M.G. Psychological factors and outcomes of coronary surgery. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(4), pp. 160–167.
33. Farrell T.C., Keeping-Burke L. The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies. *Can. J. Cardiovasc Nurs*, 2014, no. 24(1), Winter, pp. 8–15.
34. Hosseini S.H., Mokhberi V., Mohammadpour R.A. et al. Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, 2011, vol. 15, no. 3, Sep., pp. 214–218.
35. Nagele E., Jeitler K., Horvath K., Semlitsch T., Posch N., Herrmann K.H., Grouven U., Hermanns T., Hemkens L.G., Siebenhofer A. Clinical effectiveness of stress-reduction techniques in patients with hypertension: systematic review and meta-analysis. *J. Hypertens*, 2014, no. 32(10), Oct., pp. 1936–1944.
36. Pervichko E., Zinchenko Y., Martynov A. Epa-0581 – long-term integrative psychotherapy of anxiety disorders in mitral valve prolapse patients: the factors of mental health improvement. *European Psychiatry*, 2014, vol. 29(1), p. 1.
37. Pervichko E., Zinchenko Y., Ostroumova O. Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, Published by Elsevier Ltd (Netherlands), 2014, vol. 127, April, pp. 686–690.
38. Pogosova N., Saner H., Pedersen S.S., Cupples M.E., McGee H., Höfer S., Doyle F., Schmid J.P., von Känel R. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur. J. Prev. Cardiol.*, 2014, Jul. 24.
39. Rakowska J.M. Brief strategic therapy in first myocardial infarction patients with increased levels of stress. A randomized clinical trial. *Anxiety Stress Coping*, 2015, Jan. 8, pp. 1–33.
40. Rozanski A. Behavioral cardiology: current advances and future directions. *J. Am Coll Cardiol.*, 2014, no. 64(1), Jul., pp. 100–110.
41. Whalley B., Rees K., Davies P., Bennett P., Ebrahim S., Liu Z., West R., Moxham T., Thompson D.R., Taylor R.S. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2011, no. 8, Aug. 10.
42. Zinchenko Y., Pervichko E., Akatova E. Dynamics of the psychological features and clinical symptoms in mitral valve prolapse patients receiving long-term integrative psychotherapy for anxiety disorders. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2014, no. 7(3), pp. 66–79.

43. Zinchenko Y., Pervichko E., Martynov A. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(2), pp. 89–102.
44. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. The Methodology of Syndrome Analysis within the Paradigm of «Qualitative Research in Clinical Psychology». *Psychology in Russia: State of the Art*, 2012, no. 5, pp. 157–184.

REFERENCES

1. Aksenov M.M., Belokrylova M.F., Lebedeva V.F. et al. *Tipologiya pogranichnykh psikhicheskikh rasstroystv i stressoustoychivost'* [Typology of borderline mental disorders and stress]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2014, no. 2(25). Available at: URL: <http://mprj.ru> (Accessed: 21 January 2015).
2. Alekhin A.N., Trifonova E.A., Chumakov I.O. et al. *Klinicheskie faktory kachestva zhizni bol'nykh s fibrillyatsiyey predserdiy, prokhodyashchikh interventzionnoe lechenie* [Clinical factors of quality of life in patients with atrial fibrillation undergoing interventional treatment]. *Byulleten' Federal'nogo Tsentra serdtsa, krovi i endokrinologii im. V.A. Almazova* [Bulletin of the Federal Center of Heart, Blood and Endocrinology V.A. Almazova], 2011, no. 4, pp. 15–23.
3. Anan'ev V.A. *Psikhologicheskaya adaptatsiya i kompensatsiya pri zabolevaniyakh vnutrennikh organov. Dis. dokt. psikhol. nauk* [Psychological adaptation and compensation for diseases of the internal organs. Dr. psych. sci. diss.]. Saint Petersburg, 1998. 394 p.
4. Belan I.A., Lozhnikova L.E., Barbuhatti K.O. *Psikhogennyye reaktsii u kardiokhirurgicheskikh bol'nykh. Aktual'nost' problemy* [Psychogenic reactions in cardiac patients. The urgency of the problem]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Clinical and medical psychology: research, teaching, practice], 2014, no. 4(6). Available at: URL: <http://medpsy.ru/climp> (Accessed: 21 January 2015).
5. Varlakova Y.V. *Psikhicheskaya rigidnost' v patogeneze i psikhoterapii ishemicheskoy bolezni serdtsa. Dis. kand. psikhol. nauk* [Mental rigidity in the pathogenesis and therapy of heart disease ishemicheskoy. Cand. psychol. sci. diss.]. Tomsk, 2007. 193 p.
6. Vasilenko T.D. *Rol' sotsial'no-psikhologicheskikh faktorov v izmenenii vremennoy organizatsii lichnosti v situatsii khronicheskogo somaticheskogo zabolevaniya* [The role of social and psychological factors in changing the temporal organization of the individual in a situation of chronic physical illness]. *Vestnik Yaroslavskogo gosudarstvennogo universiteta im. P.G. Demidova. Seriya gumanitarnye nauki* [Bulletin of Yaroslavl State University. PG Demidov. Series humanities], 2010, no. 3, pp. 75–79.
7. Velikanov A.A., Levashkevich J.L., Matin Y.A., Zelensky I.A. Sofronova M.G., Demchenko E.A. *Skrining kak sposob optimizatsii psikhologo-psikhoterapevticheskoy pomoshchi patsientam kardiologicheskogo statsionara do i posle kardiokhirurgicheskogo vmeshatel'stva* [Screening as a way to optimize the psychological and psychotherapeutic care cardiology hospital patients before and after cardiac surgery]. *Translyatsionnaya meditsina* [Translational medicine], 2014, no. 1, pp. 67–72.
8. Velikanov A.A. *Struktura i dinamika emotsional'nykh sostoyaniy u bol'nykh ishemicheskoy boleznyu serdtsa v period lecheniya v statsionare. Dis. kand. psikhol. nauk* [Structure and dynamics of emotional states in patients with coronary heart disease during treatment in hospital. Cand. psychol. sci. diss.]. St. Petersburg, 2009, 190 p.
9. Hartfelder D.V. *Sotsial'no-psikhologicheskii i lichnostnyye faktory patogeneza serdechno-sosudistykh zabolevanii* [Socio-psychological and personal factors of cardiovascular dis-

- ease pathogenesis]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2010, no. 1. Available at: URL: <http://medpsy.ru> (Accessed: 21 January 2015).
10. Hartfelder D.V., Nikolaev E.L., Lazareva E.Y. *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki lichnosti bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami v svyazi s zadachami profilaktiki* [Clinical and psychological personality traits in cardiovascular patients in connection with problems of prevention]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta* [Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University], 2014, vol. 14, no. 4, pp. 60–62.
11. Evdokimova E.A. *Muzykal'naya psikhoterapiya v kompleksnom lechenii bol'nykh kardiologicheskogo profilya. Dis. kand. psikhol. nauk* [Music therapy in treatment of cardiologic patients. Cand. psychol. sci. diss.]. St. Petersburg, 2007. 188 p.
12. Isayeva E.R., Gureeva I.L., Davydenko I.L. et al. *Psikhologicheskoe sostoyanie patsientov pred khirurgicheskoi operatsiei protezirovaniya klapnov serdtsa* [Psychological state of patients before heart valve replacement surgery]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2012, no. 6(17). Available at: URL: <http://medpsy.ru> (Accessed: 21 January 2015).
13. Kiryukhina M.V. *Psikhicheskie rasstroystva u bol'nykh arterial'noy gipertenzii i ikh psikhoterapevticheskaya korrektsiya. Dis. kand. psikhol. nauk* [Mental disorders in patients with arterial hypertension and their psychotherapeutic correction. Cand. psychol. sci. diss.]. Moscow, 2006. 216 p.
14. Kuvshinov N.Y. *Psikhokorrektsionnaya rabota s bol'nymi ishemicheskoy boleznyu serdtsa s uchetom parametrov kachestva zhizni. Avtoreferat dis. kand. psikhol. nauk* [Psycho work with patients with coronary heart disease within the parameters of quality of life. Cand. psychol. sci. syn. diss.]. St. Petersburg, 2011, 29 p.
15. Lazareva E.Y., Nikolaev E.L. *Lichnostnye adaptatsionnye resursy pri kardial'noy patologii* [Personal adaptation resources in cardiac pathology]. *Vestnik Chuvashskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni I.Ya. Yakovleva* [Bulletin of the Chuvash State Pedagogical University named after IY Yakovlev], 2013, no. 4(80), part 1, pp. 92–96.
16. Lazareva E.Y., Nikolaev E.L. *Nekotorye psikhologicheskie kharakteristiki patsientov s kardiologicheskoy patologiyey* [Some psychological characteristics of patients with cardiac pathology]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny* [Applied information aspects of medicine], 2014, vol. 17, no. 1, pp. 87–93.
17. Lebedeva W.V. *Dinamika psikhoemotsional'nogo statusa i kachestva zhizni patsientov s zhizneopasnymi narusheniyami ritma serdtsa. Dis. dokt. med. nauk* [The dynamics of mental and emotional status and quality of life of patients with life-threatening heart rhythm disorders. Dr. med. sci. diss.]. St. Petersburg, 2006. 258 p.
18. Makarova A.G., Borisov V.A. *Aktual'nye voprosy primeneniya psikhoterapii v vosstanovitel'nom lechenii kardiologicheskikh bol'nykh v sanatornykh usloviyakh* [Topical issues of application of psychotherapy in rehabilitation of cardiac patients in sanatorium conditions]. *Nauchno-meditsinskiy vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ya* [Medical Scientific Bulletin of the Central Chernozem], 2009, no. 35, pp. 107–110.
19. Nikolaev E.L., Hartfelder D.V., Lazareva E.Y. *Lichnost' kardiologicheskogo patsienta: vozmozhnosti adaptatsii, mezhlichnostnoe vzaimodeystvie* [Cardiac patient personality: adaptation ability and interpersonal interaction]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2014, 302 p.
20. Nikolaev E.L., Lazareva E.Y. *Differentsirovannye misheni psikhologicheskoy pomoshchi bol'nym s kardial'noy patologiyey* [Differentiated target psychological care of patients with cardiac pathology]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psik-*

hologiya [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology], 2014, no. 3(17), pp. 120–127.

21. Nikolaev E.L., Lazareva E.Y. *Organizatsionnye aspekty psikhologicheskoy pomoshchi bol'nym s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami* [Organizational issues of psychological service for patients with cardiovascular diseases]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy], 2014, no. 49(54), pp. 79–90.

22. Nikolaev E.L., Lazareva E.Y. *Religioznost' i sotsial'naya podderzhka u bol'nykh s khronicheskimi serdechno-sosudistymi zabolevaniyami* [Religiosity and social support in patients with chronic cardiovascular disease]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2014, no. 3(26). Available at: URL: <http://mprj.ru> (Accessed: 21 January 2015).

23. Pogosova G.V. *Trevozhnye sostoyaniya u bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami: diagnosticheskie i terapevticheskie aspekty* [Anxiety in patients with cardiovascular disease: diagnostic and therapeutic aspects]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention], 2006, vol. 5, no. 5, pp. 75–80.

24. Rusina N.A. *Psikhologicheskie osnovy psikhosomatiki (Psikhoterapevticheskie misheni v rabote s patsientom psikhosomaticheskoy kliniki)* [Psychological foundations of psychosomatic medicine (Therapeutic target in patient of psychosomatic clinic)]. *Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsiy* [Bulletin of Medical Internet conferences], 2011, vol. 1, no. 7, pp. 20–23.

25. Solov'eva S.L. *Kriterii normy v klinicheskoi psikhologii* [Criteria standards in clinical psychology]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2014, no. 3(26). Available at: URL: <http://mprj.ru> (Accessed: 21 January 2015).

26. Trifonova E.A., Chernorai A.V., Pashchenko E.V. *Koping-kompetentnost' i psikhosomaticheskii risk u muzhchin trudospobnogo vozrasta s serdechno-sosudistoi patologiei* [Coping competence and psychosomatic risk among working-age men with cardiovascular disease]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2013, no. 3(20). Available at: URL: <http://mprj.ru> (Accessed: 21 January 2015).

27. Trifonova E.A. *Adaptatsionnyy potentsial lichnosti i psikhosomaticheskiiy risk: problema koping-kompetentnosti* [Adaptive capacity of person and psychosomatic risk: problem of coping competence]. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena* [News of A.I. Herzen Russian State Pedagogical University], 2013, no. 155, pp. 71–83.

28. Fantalova E.B. *Osobennosti motivatsionno-lichnostnoy sfery u bol'nykh arterial'noy gipertoniei. Avtoreferat dis. kand. psikhol. nauk* [Features motivational and personal sphere in hypertensive patients. Cand. psychol. sci. syn. diss.], Moscow, 1989. 18 p.

29. Albayrak B. The determination of blood pressure, anger expression and body mass index in adolescents in Turkey: a pilot study. *Coll. Antropol.*, 2012, vol. 36, no. 1, Mar., pp. 87–92.

30. Albus C., Ladwig K.H., Herrmann-Lingen C. Psychocardiology: clinically relevant recommendations regarding selected cardiovascular diseases. Article in German. *Dtsch Med Wochenschr*, 2014, no. 139(12), Mar. 11, pp. 596–601.

31. Ansari S., Arbabi M. Cognitive behavioral therapy (CBT) in a Patient with Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) and Posttraumatic stress disorder(PTSD). *Iran J. Psychiatry*, 2014, no. 9(3), Jul., pp. 181–183.

32. Bokeria L.A., Zinchenko Y.P., Kiseleva M.G. Psychological factors and outcomes of coronary surgery. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(4), pp. 160–167.

33. Farrell T.C., Keeping-Burke L. The primary prevention of cardiovascular disease: nurse practitioners using behaviour modification strategies. *Can. J. Cardiovasc Nurs*, 2014, no. 24(1), Winter, pp. 8–15.
34. Hosseini S.H., Mokhberi V., Mohammadpour R.A. et al. Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.*, 2011, vol. 15, no. 3, Sep., pp. 214–218.
35. Nagele E., Jeitler K., Horvath K., Semlitsch T., Posch N., Herrmann K.H., Grouven U., Hermanns T., Hemkens L.G., Siebenhofer A. Clinical effectiveness of stress-reduction techniques in patients with hypertension: systematic review and meta-analysis. *J. Hypertens*, 2014, no. 32(10), Oct., pp. 1936–1944.
36. Pervichko E., Zinchenko Y., Martynov A. Epa-0581 – long-term integrative psychotherapy of anxiety disorders in mitral valve prolapse patients: the factors of mental health improvement. *European Psychiatry*, 2014, vol. 29(1), p. 1.
37. Pervichko E., Zinchenko Y., Ostroumova O. Emotion regulation in patients with essential hypertension: subjective-evaluative, physiological, and behavioral aspects. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, Published by Elsevier Ltd (Netherlands), 2014, vol. 127, April, pp. 686–690.
38. Pogosova N., Saner H., Pedersen S.S., Cupples M.E., McGee H., Höfer S., Doyle F., Schmid J.P., von Känel R. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur. J. Prev Cardiol.*, 2014, Jul. 24.
39. Rakowska J.M. Brief strategic therapy in first myocardial infarction patients with increased levels of stress. A randomized clinical trial. *Anxiety Stress Coping*, 2015, Jan. 8, pp. 1–33.
40. Rozanski A. Behavioral cardiology: current advances and future directions. *J. Am Coll Cardiol.*, 2014, no. 64(1), Jul., pp. 100–110.
41. Whalley B., Rees K., Davies P., Bennett P., Ebrahim S., Liu Z., West R., Moxham T., Thompson D.R., Taylor R.S. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2011, no. 8, Aug. 10.
42. Zinchenko Y., Pervichko E., Akatova E. Dynamics of the psychological features and clinical symptoms in mitral valve prolapse patients receiving long-term integrative psychotherapy for anxiety disorders. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2014, no. 7(3), pp. 66–79.
43. Zinchenko Y., Pervichko E., Martynov A. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapsed patients. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, no. 6(2), pp. 89–102.
44. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. The Methodology of Syndrome Analysis within the Paradigm of «Qualitative Research in Clinical Psychology». *Psychology in Russia: State of the Art*, 2012, no. 5, pp. 157–184.

Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 57–76.

Аннотация. Многолетний интерес исследователей к анализу психологических особенностей больных с кардиальной патологией не является беспочвенным, а ориентирован на задачи клинической практики. На сегодняшний день имеется положительный опыт применения психотерапии и психо-

логической помощи в системе лечения и реабилитации больных ССЗ. Психотерапия и психологическая помощь используются при артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, пороках сердца, нарушениях ритма, сердечной недостаточности, а также в пред- и послеоперационный период при кардиохирургической патологии. Обоснованием для включения психологических средств воздействия в систему лечения больных ССЗ являются психосоматические механизмы возникновения многих патологических состояний, весомая роль психосоциальных факторов риска в кардиологической клинике, наличие коморбидных психических нарушений тревожно-депрессивного спектра, необходимость повышения приверженности лечению и выполнению врачебных рекомендаций.

Реализуемые в кардиологической практике психотерапевтические подходы и психологические воздействия чаще нацелены на коррекцию психоэмоциональных нарушений, обучение управлению стрессом, оптимизацию навыков совладания с заболеванием, гармонизацию межличностных отношений. Более долгосрочные задачи связаны с работой в области мотивации и саморегуляции, осмыслением роли болезни в жизни пациента, раскрытием личностного потенциала и внутренних ресурсов пациента. Модификация психосоциальных факторов риска выводит психологические воздействия на уровень реализации мер профилактики.

Меры организационного характера в сфере психологической помощи кардиологическим больным предполагают взаимодействие специалистов на основе биопсихосоциального подхода, выделение многоуровневой системы мишеней психотерапии и психологического воздействия, этапный характер психологической помощи, обеспечивающий преемственность медицинской помощи на всех её уровнях.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, кардиология, психотерапия, психологическая помощь, факторы кардиального риска, профилактика, биопсихосоциальный подход, психотерапевтические мишени.

Информация об авторах:

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

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

Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Psikhoterapiya i psikhologicheskaya pomoshch' bol'nym serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Psychotherapy and psychological intervention for patients with cardiovascular diseases] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 57-76.

Abstract. The long-term research interest to psychological characteristics of patients with cardiac pathology is not groundless as it is focused on the goals of clinical practice. There is a positive clinical experience of employing psychotherapy and psychological interventions in the treatment and rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Psychotherapy and psychological interventions are used towards patients with arterial hypertension, coronary heart disease, heart defects, arrhythmias, heart failure, in pre- and post-operative periods of cardiac surgery as well.

The rationale for inclusion of psychotherapy and psychological interventions in the treatment of cardiac patients are psychosomatic mechanisms of many pathological conditions, important role of psychosocial risk factors in cardiology clinic, presence of comorbid psychiatric disorders of anxiety-depression spectrum, need to improve adherence to treatment and medical recommendations.

The most common psychotherapeutic approaches and psychological interventions in cardiology practice aim at the reduction of psycho-emotional disorders, stress management learning, coping skills development, interpersonal relations harmonization. Longer-term challenges are associated with the work in the area of motivation and self-regulation, understanding the role of the disease in a patient's life, disclosure of patient's personal potential and internal resources. Modification of psychosocial risk factors in cardiac patients within the frame of psychotherapy and psychological interventions relates to prevention strategies.

Institutional arrangements in the field of psychological service for cardiac patients involve interaction of mental health professionals and medical specialists on the basis of biopsychosocial approach. It requires distinguishing a multilevel system of psychotherapy and psychological interventions targets, a stepwise nature of psychological service that maintains the continuity of medical care at all levels.

Keywords: cardiovascular disease, cardiology, psychotherapy, psychological intervention, cardiovascular risk factors, prevention, biopsychosocial approach, psychotherapy target.

Information about authors:

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

Lazareva Elena – Ph.D. student of Social and Clinical Psychology Department, The Ulianov Chuvash State University. 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia. Tel. +7 8352 452031. elyu88@gmail.com.

Поступила: 16.01.2015

Received: 16.01.2015

УДК 615.851:616.89

ББК Ю948.1-82

ДИАЛОГОВО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОСОБЕННОСТИ ПОДХОДА

И.А. Погодин

Институт Гештальта, Минск, Белоруссия

В статье рассматриваются условия, при которых была бы возможной диалогово-феноменологическая психотерапия психических расстройств. Разумеется, основная трудность здесь заключается в том, что, реализуя этот инновационный психотерапевтический проект, мы вынуждены оказаться не только не в *mainstream*'е современной культуры и психотерапии, но и наоборот – нам придется плыть против течения, выступив в роли своеобразного андеграунда от психотерапии. Вся современная психиатрия и соответствующая ей психотерапия «заточены» под традиционные представления об объективном характере психического расстройства. Поэтому и классическая, и современная психотерапевтическая литература просто пестрят руководствами концептуального характера относительно того, какова специфика психотерапии того или иного психического расстройства [6–12].

Формирование культуры, основанной на базовой идеологии – «безумия нет и никогда не существовало». Это условие психотерапии психического расстройства имеет отношение к качеству подготовки персонала клиники. Именно клиники, поскольку в рамках какой бы то ни было формы частной психотерапевтической практики невозможно смоделировать альтернативную культуру, которая была бы основана на реальности, в которой «безумия» не существует и никогда не существовало [13]. Персонал клиники должен стать силой, конкурирующей с фундаментальной культуральной концепцией безумия. Представьте себе, что наш пока еще гипотетический клиент, страдающий от «психического расстройства», оказался помещенным в среду, которая никогда не знала о существовании «безумия» или знала, что где-то в другом параллельном мире живут люди, которые изобрели «безумие», чтобы справляться со сложностями, возникающими время от времени в их цивилизации. Люди этой новой культуры просто не могли бы относиться к

этому человеку так же, как раньше к нему относились окружающие. В этом мире безумия не существует.

Никакая концепция не может существовать бесконечно длительное время, включая даже самые фундаментальные из них, которые обеспечивают существование человека, например, знание о том, что он существует, как его зовут, как и где он родился, где его родители, какова его человеческая природа, какова природа жизни и смерти и пр. У любой концепции, если она не подтверждается свидетельствами наблюдателей, есть свой срок годности. Даже для самых базовых из них он определяется вполне определенным отрезком времени – например, в несколько месяцев. Например, если бы любые признаки в коммуникации с людьми, которые подтверждают ваше существование, прекратились (например, все вас стали бы игнорировать и смотреть сквозь вас), то вопрос лишь времени, сколько бы вы еще просуществовали как личность. Напомню, что личность представляет собой некий достаточно большой набор более или менее непротиворечивых концепций.

Если даже фундаментальные личностные концепции угасают вне присутствия наблюдателя, то концепции более частного порядка не могут оказаться более устойчивыми. И несмотря на то, что в концепцию «психического расстройства» инвестирован огромный объем витальности, изъятого из переживания, все равно он несопоставим с объемом витальности, который участвовал в строительстве и ежедневно участвует в поддержании и обеспечении базовых концепций существования. По этим причинам я имею все основания рассчитывать на то, что «психически больной», будучи погруженным в среду, в которой нет возможности хотя бы минимального подтверждения «факта болезни», не сможет долгое время удерживать эту концепцию в актуальном состоянии.

Но для этого очень важно следующее условие, распространяющееся на весь персонал клиники. Мы должны не относиться к клиенту с концепцией психического расстройства, как будто он ничем не болен, а сами должны принять «безумие» как культурный миф. В этом коренное отличие психиатрического псевдогуманизма, характерного, например, для современных европейских психиатрических клиник. Если я думаю, что этот человек, находящийся передо мной, страдает от душевного расстройства, но я буду относиться к нему как к здоровому, из этого ничего не выйдет. И уж тем более ничего хорошего не получится из тенденции сострадать больному потому, что он «больной», но тоже человек, а посему достоин уважения [14]. Я полагаю, такого рода псевдогуманистические тенденции и полумеры скорее способствуют углублению концептуального дефекта и тем

самым состоянием человека, нежели избавлению от него. Порыв, как и многие другие со времен Филиппа Пинеля, хороший, а последствия – как обычно [15]. Это скорее дальнейшая сегрегация, чем терапия.

Итак, вернусь к тезису о требовании к персоналу клиники. Важно, чтобы все сотрудники клиники были носителями новой культуры, относящейся к «безумию». И это, как вы понимаете, вопрос не обучения, или внушения. Это процесс постепенного, но целенаправленного формирования антипсихопатологической культуры в рамках отдельно взятой клиники. Разумеется, сотрудников клиники нельзя заставить верить в содержание написанного в этой работе, иначе бы предлагаемый мною проект превратился в религиозное движение «Господь-поле против безумия!», а совокупность соответствующих книг и статей – в канонические тексты. Формирование штата клиники – скорее естественное развитие сообщества диалогово-феноменологической психотерапии.

С ростом количества специалистов, практикующих психотерапию, фокусированную на переживании, эта проблема могла бы решиться естественным образом. Предвидя возражения на этот счет, скажу следующее. Уже сегодня по всему постсоветскому пространству работает более сотни психотерапевтов, неплохо, как мне кажется, обученных в диалогово-феноменологической модели и на своей практике год от года убеждающихся в том, что любого рода типологизация или диагностика не помогают их работе, а скорее мешают. На собственном опыте им становится очевидно, что огромное количество психологических и, в частности, клинических концепций представляют собой разновидности мифа о стабильности «психического», о котором я писал несколько ранее [4]. Перед нами же в клиентском кресле оказывается Человек, который пытается с той или иной степенью мужества и творчества проделывать свой Путь в своей Жизни. Поэтому подчеркну, подытожив сказанное до сих пор: формирование штата психотерапевтической клиники, который был бы носителем антипсихопатологической культуры, хоть и непростой, но вполне естественный и закономерный процесс, не имеющий ничего общего с утопией.

Еще один аргумент со стороны оппонентов предлагаемой модели, который довольно часто слышу от коллег. Мол, я романтизирую «безумие». Вовсе нет. За свою практику психотерапевта я довольно много работал с людьми, страдающими теми или иными психическими расстройствами – от «неврозов» до «пограничных расстройств» и «психозов». Более того, в течение довольно длительного времени я работал в спецкомиссии при психоневрологическом дис-

пансере, занимаясь комплексными психолого-психиатрическими экспертизами. Я не романтизирую «безумие». Соответствующие ему концептуальные коллизии поля порой выглядят страшно. Но это ни в коей мере не отрицает выносимых мною в этой работе положений.

«Безумия» никогда не существовало. Человеческая культура создала концепцию безумия, от которой сегодня страдает множество людей. Большая часть из них подвержена действию данного вируса, а не собственно самой концепции. Ужасные картинки этого «недуга» стали таковыми постольку, поскольку соответствуют ожиданиям наблюдателей. Если бы в культуре не было такого чудовищного страха сойти с ума, и человеческая жизнь не напрягалась бы от давления культуры «безумия», я полагаю, внутренние реалии психиатрических клиник, возможно, были бы иными. Думаю, угрожающий и мучительный характер многих «психопатологических симптомов» произведен от тревоги и страха «безумия», нагнетаемых культурой в целом и профессиональной психиатрической субкультурой в частности [17].

Полагаю также, что «безумие» в этом не одиноко. С еще большим успехом, возможно, культура создала рак и СПИД. И очень вероятно, что тысячи людей ежедневно умирают от концепций, ими же созданных. А заодно и от «лечения» от них. Лишь в последние годы сами врачи и биологи начали задумываться об этом. Не странно ли, что количество заболеваний, подобных этим, растет также в некоторой прогрессии? И некоторые из них появились сравнительно недавно. Я полагаю, у людей нет причин умирать, помимо концептуальных. С точки зрения культуры, подобное мифотворчество, по всей видимости, оправдано. Помните, как у Владимира Владимировича Маяковского в стихотворении «Послушайте!»: «Ведь, если звезды зажигают, значит это кому-нибудь нужно?» [16]. Да, вероятно, что с точки зрения человеческой культуры, такое положение дел естественно. Но мне нет дела до культуры, мне важен и интересен Человек. Я на его стороне. А культура как-нибудь справится сама. Кроме того, я надеюсь, что мой голос тоже можно рассматривать как скромный шепот культуры на правах культурного андеграунда. Пока андеграунда.

Тема онкологии и других заболеваний современного Человека, по всей видимости, нуждается в большем осмыслении и большей моей подготовке, чтобы рассуждать о ней более ответственно. Хотя я думаю, что врачи и биологи могли бы обнаружить некое зерно здравого смысла в моих тезисах. Сейчас же я предлагаю вернуться к основному предмету этой работы. Итак, я не романтизи-

рую безумие. При формировании антипсихопатологической культуры, по всей видимости, нам придется столкнуться с рядом трудностей, часть из которых носит социальный, а другая часть чисто психологический характер.

Во-первых, сложность подготовки персонала. Я уже говорил немного о специфических требованиях к сотрудникам. Если немного добавить, то стоит отметить следующее. Самое важное для сотрудника клиники – это устойчивые навыки переживания. Причем как переживания своей Жизни, так и встречи в контакте с Жизнью другого Человека, так и помощи в сопровождении переживания Другого. Кроме того, сотрудник клиники должен быть подготовлен в смысле встречи с полевыми проявлениями «психопатологических концепций». Это ведь порой совершенно иной уровень напряжения, с которым в рамках частной практики специалисты сталкиваются не всегда. Разумеется, что часть нагрузки на себя возьмут коллегиальные встречи супервизионного и интервизионного характера. Но самое важное в качественной работе персонала – способность выдерживать высокое психическое напряжение, размещая его в потоке переживания, сохраняя тем самым возможность быть носителем антипсихопатологической культуры.

Во-вторых, традиционная клиническая культурная модель будет ежедневно врваться в жизнь клиники в виде всего разнообразия «психопатологического отреагирования». Клиенты будут демонстрировать все богатство симптомов, которые не испугают и не заставят свернуть с принятого экспириентального (фокусированного на переживании) курса лишь самых устойчивых профессионалов. Соблазн вернуться на прежний курс «лечения безумия», полагаю, при этом будет очень выраженным, поскольку в большей или меньшей степени вирус «безумия» в виде соответствующих концепций есть в «крови» каждого представителя современной культуры.

В-третьих, выраженное давление со стороны общества в целом и профессиональных сообществ в частности. Само существование предлагаемой психотерапевтической модели и ее суть вряд ли обрадуют устоявшееся профессиональное мировоззрение. Равно как понятно, что общественное сознание будет вторгаться в подобного рода работу, поскольку весь опыт окружающих людей и «здоровый смысл» говорит о нелепости подобной затеи. По этой причине важно, чтобы работа клиники могла бы быть подкреплена социально, в том числе и посредством трансформации соответствующей законодательной базы.

Психологическое присутствие в жизни клиента Другого – носителя антипсихопатологической феноменологической культуры переживания. Формирование некоей новой антипсихопатологической культуры – это лишь условие диалогово-феноменологической психотерапии «безумия». Как я уже говорил выше, процесс психотерапии «безумия» представляет собой не столько прямое воздействие на Жизнь клиента, сколько трансформацию культуры, в которой он живет. В некотором смысле это попытка ввести антидот человеку, зараженному «вирусом безумия». Присутственный контакт – необходимое условие успешности этого процесса. Не достаточное, но необходимое. Достаточными условиями являются готовность клиента и наличие материала антидота.

Если переживание является транспортом, доставляющим нас в зону первичного опыта [18], то присутственный контакт с носителем антиклинической культуры выступает теми рельсами или дорогой, по которым этот транспорт движется. Поэтому невозможно переоценить его значение для успеха психотерапии. В противном случае любое содержание психотерапии будет стремиться переродиться в концептуализацию. Напомню базовое положение диалогово-феноменологической психотерапии, согласно которому присутственный контакт является условием переживания – переживание вне присутствия просто невозможно.

Количество людей, верящих в объективную природу безумия, огромно, и уж точно оно гораздо больше количества сотрудников отдельно взятой клиники. Вместе с тем сила убежденности в феноменологической природе поля людей, которые оказываются в присутственном контакте, может оказаться вполне конкурентноспособной. Ранее я уже писал о том, что сила отдельно взятого присутственного контакта теоретически стремится к силе «сознаний» всех жителей Земли. Мощностное психологическое присутствие потенциально безгранично. Она способна трансформировать природу «реальности» «психически больного» человека. Однако этот путь не может быть концептуальным. Потому как в этом случае итог прежний – коллапс поля. Более того, в этом процессе мы оказываемся в конкуренции с фундаментальными концепциями, разделяемыми миллиардами людей [22]. Нам не выиграть в этом случае в ней. Поэтому я предлагаю задействовать силы, несоизмеримо более мощные, нежели любая отдельно взятая концепция. Речь идет о первичном опыте, трансформационные ресурсы которого безграничны. Условием доступа к нему и соответствующим транспортом, по-прежнему, выступает уже знакомый вам процесс – переживание.

Доступ к первичному опыту как к колоссальному источнику неограниченных изменений. В этой части статьи мне хотелось бы уделить особое внимание одному из самых важных и в то же время наименее понятных факторов психотерапии – переживанию. Речь пойдет о ядре полевой динамики – первичном опыте. Я напомним, что в диалогово-феноменологической психотерапии под первичным опытом понимается универсальный источник всех полевых процессов [19]. По совместительству первичный опыт является источником всех возможных преобразований в Жизни человека. Всех без исключения. В некотором смысле первичный опыт представляет собой неограниченный репертуар любых возможностей состояния поля. Некое сходство этот концепт имеет с категорией суперпозиции, принятой в квантовой физике. Для более глубокого понимания сути этого конструкта диалогово-феноменологического поля я настоятельно рекомендую читателю ознакомиться с соответствующими работами [1, 2, 3].

Тема непростая для понимания, но очень важная для психотерапии. Важная постольку, поскольку именно первичный опыт является некой точкой сборки полевых процессов. В практике вторичного опыта, коим является и процесс психотерапии, мы имеем дело лишь с результатами коллапса первичного опыта до границ переживаемой нами реальности. В случае психотерапии «психопатологических расстройств» первичный опыт схлопнут до пределов проявления той или иной нозологии. Никакого рода концептуальным инструментом, насколько бы хорошо он ни был разработан, нам не получить доступ к универсальному источнику трансформации. В лучшем случае мы останемся на том же уровне коллапса феноменологического поля, говоря словами конусно-слоевой модели феноменологического поля [3]. В худшем – окажемся несоизмеримо дальше от возможности трансформации «психопатологической» реальности.

Единственным транспортом для доступа к первичному опыту является, как известно из диалогово-феноменологической психотерапии, переживание, поскольку именно оно задействует естественную валентность поля и феноменологическую редукцию до полевых оснований [3]. Переживая свою Жизнь, человек естественным образом деконструирует существующие концепции, расщепляя их до несвязанных феноменов. Свободные феномены, подчиняясь влиянию естественной валентности, перестают быть препятствием на пути к первичному опыту. А выраженная степень психологического присутствия позволяет проникнуть в контакт феноменологическим инновациям, естественным образом приближающим нас к первичному

опыту. Причем чем меньше в феноменологическом потоке концептуальных вкраплений, тем ближе мы оказываемся к зоне первичного опыта в процессе психотерапии. Польза от такого приближения в том, что чистые феномены, не загрязненные процессом концептуализации, обладают гораздо большей трансформирующей силой и энергией. При сформированных у клиента навыках переживания «психопатологическая концепция» могла бы быть разрушенной. А Жизнь могла бы быть возвращена человеку.

Первичный опыт в том случае, если приближаться к нему не только со страхом, но и со свободой в сердце, является целительным агентом. Это место, в котором мы можем черпать свои силы и где все наши желания могут быть исполнены. Вместе с тем, разумеется, что страха в этом процессе не миновать. Чем ближе человек находится в процессе переживания к первичному опыту, тем больше феноменов-инноваций появляется в текущем феноменологическом потоке, энергия которых ввиду чрезвычайно сильной инвестированности витальностью огромна. Поэтому и процесс переживания, учитывая эти два фактора – степень новизны и неожиданности феноменов-инноваций и загруженность их динамики витальностью – радикально усложняется. Эта текущая ситуация по описанию напоминает контекст поля, в котором в результате отказа переживать свою Жизнь клиент был интоксигирован концепцией того или иного «психического расстройства». В некотором смысле это исходная точка.

Чем выше степень новизны и неожиданности появления феноменов-инноваций и чем более инвестирован этот поток витальностью, тем выше напряжение в актуальном процессе переживания, тем больше клиенту требуется профессиональной заботы со стороны терапевта. Такая ситуация нуждается в колоссальной поддержке со стороны психотерапевта и его соприсутствия в этом процессе. По этой причине основными профессиональными качествами терапевта являются способность соприсутствия и соответствующие навыки переживать свою Жизнь в связи с Жизнью клиента и сопровождать клиента в этом непростом для обоих процессе. Способность к психологическому присутствию здесь является ключевой.

Еще немного о присутствии как пути к ресурсам первичного опыта: фундаментальный парадокс присутствия. В нашем разговоре обсуждение психологического присутствия, особенно применительно к психотерапии «психических расстройств», имеет несколько основных слоев. Один из них очевидный – социально-психологический. Он релевантен некоему ощущению, что ваша Жизнь как будто прикасается к Жизни другого Человека. Первоначальный эффект от при-

сутствия – восстановление чувствительности Человека к своей Жизни. Это запускает процесс осознания на качественно ином уровне. При этом условии человек начинает замечать в поле значительно больше феноменов, чем осознавал до сих пор. Полевой феноменологический поток расширяется – феномены как будто сами начинают находить ваше сознание.

Другой слой обсуждения, назовем его психотерапевтический или экспириентальный, предполагает присутствие как некое пространство, которое является условием переживания и в котором оставленный поток феноменов начинает оживать. Только здесь власть в феноменологической динамике возвращается полю как единственному регулятору психического здоровья. Присутствие как будто стимулирует спонтанную динамику полевых процессов, дает возможность проявиться естественной валентности в поле, тем самым иницировав процесс деконцептуализации. С одной стороны, психологическое присутствие деконструирует концепции, и с другой – восстанавливает процесс переживания. А это то, что нам нужно. Особенно применительно к психотерапии «психического расстройства».

И наконец, третий слой обсуждения психологического присутствия носит метапсихологический полевой характер. Речь идет о присутствии как об условии, обеспечивающем доступность ресурсов первичного опыта. Психологическое присутствие как пространство, катализирующее процесс переживания, в какой-то момент создает условия для большей или меньшей трансформации реальности. Происходит это благодаря явлению, которое в диалогово-феноменологической психотерапии носит название фундаментальный парадокс присутствия. Я снова рекомендую читателю для более глубокого освоения сущности этого явления и механизма прочесть соответствующие работы [1]. Здесь же кратко напомним основное. Существует мнение, что Вселенная создана «наблюдателем». Мы с вами также ежедневно и ежесекундно создаем друга друга. Эффект наблюдателя объединяет эти процессы.

Полевые процессы, когда в них вмешивается сознание, коллапсируют, или схлопываются, до тех или иных форм известной нам реальности. Иначе говоря, осознавая другого человека через призму имеющихся у нас концепций, мы формируем этого другого человека. В прошлом столетии в социальной психологии даже был описан феномен, вошедший в науку под названием бихевиорального подтверждения, или самореализующегося пророчества [5]. Суть его заключается в том, что наши ожидания к другому человеку стремятся к оправданию – человек начинает демонстрировать то поведение, кото-

рое от него ожидают увидеть значимые для него люди. Меняются значимые наблюдатели – меняется и наблюдаемый человек.

Применительно к обсуждаемой нами проблеме этот тезис имеет два основных следствия. Первое. «Безумие» человека создается в значительной мере окружающими его значимыми людьми. Психическое расстройство является результатом концептуально опосредованного акта наблюдения. Носители «психопатологического вируса» и из среды обывателей, и тем более из среды психиатров, особенно в трудные для переживания своей Жизни в контакте с Жизнью Другого Человека моменты, склонны коллапсировать полевой процесс переживания до имеющихся у них концептуальных форм. Другими словами, не имея возможности переживать в полной мере присутствие Другого человека, чья Жизнь наполнена значимыми, но странными и неожиданными феноменами-инновациями, они склонны прибегать к концептуальному блокированию переживания и объяснению происходящего. Они превращаются в концептуально-опосредованных наблюдателей Жизни Другого.

Причем принцип, регулирующий выбор рабочей концепции, остается прежним – чем больше витальности задействовано в данный момент в переживании и чем более радикальны по отношению к опыту наблюдателя феномены-инновации, стоящие в очереди на переживание, тем более значимая концепция должна быть использована. Рабочая концепция наблюдателя должна быть способна вместить происходящее в рамки своего содержания и, самое главное, связать витальность переживания, тем самым погасить инициированный перспективой переживания кризис. Одной из таких концепций является концепция «безумия» – она идеально снимает актуальность переживания для наблюдателя, изолируя все опасные феномены-инновации из перспективы переживания.

Кроме того, в силу ее огромного культурального значения и уже инвестированного колоссального объема витальности со стороны миллиардов людей (напомню, что концепция-вирус «безумия» имеет глобальное значение) она оказывается в состоянии связать любой объем избыточной витальности актуального переживания. «Теперь мне не страшно сойти с ума. Все понятно – просто передо мной сумасшедший человек с такими странными проявлениями». И напряжение как рукой сняло. Цена вопроса при этом – отказ переживать свою Жизнь, которая в этот момент могла бы принести довольно много живого и интересного, и начало пути сегрегации Человека – объекта такого наблюдения. Так, являясь носителем культурального вируса «безумия», мы создали в мире еще одного «сумасшедшего». И про-

должили свой путь дальше. Некоторым особенно талантливым в своей профессии психиатрам удастся устроить из своей профессиональной жизни целый конвейер по производству «психических расстройств» и «сумасшедших пациентов».

Вернемся же к обсуждению тех следствий, которые имеют для нашей работы прямое значение. Если «безумец» был когда-то создан окружающими его людьми – близкими, друзьями, коллегами и специалистами, то не возможен ли обратный процесс? Полагаю, да – возможен. Вернемся же к процессам, происходящим в нашей клинике, где сотрудники не являются носителями концептуальной культуры «безумия», а наоборот – культивируют в контакте с клиентами ценность переживания. Вырисовывается картина, обратная только что описанной. Наблюдатели, используя огромную силу влияния в виде психологического присутствия видят/наблюдают/осознают не «психическое расстройство» клиента, а Жизнь Человека, который делает попытки оставаться Живым. Не значит ли это, что мы в этом процессе начинаем создавать Живых людей? Мне такая альтернатива нравится больше. Используя витальную полевую мощь психологического присутствия, мы начинаем приобретать влияние, вполне сопоставимое с действием концептуального вируса «безумия». А если при этом мы еще и помогаем в силу сформированных у нас профессиональных навыков переживать свою Жизнь клиенту и себе самим, то эффект может оказаться осязаемым.

Второе следствие из метапсихологически-полевого обсуждения психологического присутствия и, в частности, из тезиса о том, что мы с вами в процессе контакта создаем друг друга, имеет еще более глубокое значение. Речь пойдет о парадоксальном с точки зрения этого феномена механизме. Мы уже знаем, что появление наблюдателя способствует коллапсу полевых процессов до пределов той или иной объективно-субъективной реальности. Этот коллапс по форме и содержанию определяется актуальным репертуаром концепций, используемых наблюдателем, что в диалогово-феноменологической психотерапии называется self-парадигмой, с одной стороны, и тенденцией к переживанию и психологическому присутствию – с другой. Иначе говоря, в зависимости от «переживательной» или «концептуальной» готовности наблюдателя и формируется коллапс поля в виде тех или иных представлений о текущей ситуации.

А теперь представьте себе, что при очень высокой степени взаимного психологического присутствия процесс переживания течет спонтанным и беспрепятственным образом. При этом в переживании появляется все больше феноменов-инноваций без концептуальных

вкраплений и замутнений. Мы оказываемся в потоке так называемых чистых феноменов, чье появление само по себе говорит о близости к первичному опыту. И вот в этой «звнящей витальностью» ситуации в контакте появляются настолько неожиданные новые образы, представления, мысли, чувства, знания и пр., что остается только удивляться тому, откуда они взялись. Если внимательно присмотреться к воспоминаниям своей жизни, наверняка каждый из вас сможет вспомнить хотя бы единожды такие ситуации чрезвычайно обостренного присутствия, в котором происходили бы поразившие вас открытия. В этот момент ситуация, в которой вы находились, как будто менялась достаточно радикально для того, что бы констатировать ее как совершенно иную.

Полагаю, этот опыт может описывать проявления механизма фундаментального парадокса присутствия. В какой-то момент присутственного контакта полевую ситуацию начинает определять не только механизм коллапса полевых процессов. Иногда происходит коллапс второго порядка, проще говоря, коллапс функции наблюдателя. Функция наблюдателя как бы схлопывается, и на мгновение мы оказываемся в пределах зоны первичного опыта, где больше нет Другого, нет меня, нет времени и пространства, нет никакой объективной реальности. Все возможности в своей совокупности доступны. Это мгновение настолько коротко, что мы не успеваем заметить его содержание и поэтому, к счастью, не создаем для переживания запредельную для него нагрузку. В осознании мы встречаемся лишь с его последствиями – новыми образами, мыслями, видениями и пр. Именно так, мне кажется, появляются гениальные прозрения и открытия. И пусть вас не смущает тот факт, что большая часть открытий происходит вне общения с другими людьми – степень присутствия в этом процессе колоссальна.

В некотором смысле фундаментальный парадокс присутствия это описание механизма чуда в понимании М.К. Мамардашвили – этого (этой мысли, этого образа и пр.) не должно тут быть, а оно есть [20, 21]. Но это чудо хоть и не подвержено прямому управлению, время от времени встречается в нашей жизни. Мне кажется, львиная доля наиболее терапевтически значимых преобразований в процессе психотерапии происходит именно таким образом. Особое значение сказанное имеет для психотерапии «безумия». Ресурсы первичного опыта в смысле трансформации поля, как я уже говорил, безграничны. И хоть доступ к нему и не может быть прямо управляем волевыми средствами, но Путь к нему нам известен – взаимное присутствие людей своими Жизнями в Жизнях друг друга.

Формирование соответствующей социальной поддержки и законодательной базы. Как когда-то сказал известный всем классик, «жить в обществе и быть свободным от общества нельзя». Общественное сознание, релевантное «безумию», невозможно победить, сохранив маргинальную позицию. Придется с ним договариваться. Разумеется, что в наши планы не входит создание сектантской по духу субкультуры, чьи ценности антагонистичны общественным. Кроме того, даже успешная реализация проекта «антипсихопатологической клиники» в случае занятия изоляционистской позиции – это лишь капля в море традиционной клинической культуры, фокусированной на объективном характере «сумасшествия». Формирование социальной поддержки описываемому нами проекту затрагивает два социальных слоя – формирование аутентичной субкультуры ближайшего окружения и трансформация широких слоев общественного сознания, интоксцированного вирусом «безумия».

Несколько слов относительно первого социального слоя. Клиенты клиники, выйдя за ее пределы, могут оказаться в группе риска повторной интоксикации вирусом «безумия», поскольку значительное количество наблюдателей все так же будут готовы воспринимать их как «безумцев». По этой причине, полагаю, что было бы здорово, если бы близкие клиентам клиники люди, одновременно проходили бы курс психотерапии, фокусированной на переживании. Хорошо бы, если подобная психотерапевтическая программа носила бы комплексный характер и включала в себя индивидуальную и групповую психотерапию, а также регулярные встречи сообществ взаимной поддержки.

Что касается трансформации широких слоев культуры, сформированной вокруг культуральной концепции «безумия», то эта задача представляется мне гораздо более амбициозной и рассчитана на долговременную перспективу. Даже частичная трансформация традиционных взглядов на «безумие» не только способствовала бы снятию помех для новой психотерапии, но и помогла бы этой психотерапии. Поэтому с общественным сознанием придется также работать. Это одно из важнейших направлений комплексной программы разоблачения мифа о «психических болезнях». Среди форм, которые могли бы быть использованы в этих целях, можно выделить публичные лекции, публикации в средствах массовой информации, дискуссионные клубы, творческие вечера и пр.

И в заключение несколько слов относительно трансформации законодательной базы. Современные законодательные акты обслуживают профессиональную культуру, центрированную на мифе об объективности «безумия». К ним привязаны соответствующие схемы лечения, неотъемлемой составляющей которых являются продукты фармацевтического бизнеса. Сегодня фармкомпания тратят миллиарды долларов на лоббирование своего производства и распространение препаратов. Пожалуй, это одно из самых серьезных препятствий на пути формирования антипсихопатологической культуры. Поэтому без изменения законодательной базы, в которой предусматривалась бы возможность организации такого рода экспериментальных клиник, подобный проект с учетом его перспектив следует рассматривать как утопию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 2(10). Фундаментальный парадокс присутствия и теория поля в психотерапии переживанием. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2013. 108 с.
2. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 1. Философские и естественно-научные основания терапии, фокусированной на первичном опыте. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2012. 112 с.
3. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 3(12). Теория поля и особенности психотерапевтической практики. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2013. 112 с.
4. Погодин И.А. Жизнь как непрерывный акт рождения // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: сб. ст.: в 5 т. Т. 1. Философские и естественнонаучные основания терапии, фокусированной на первичном опыте. Киев: Изд. дом Дмитрия Бурого, 2012. С. 42–59.
5. Майерс Д. Социальная психология. СПб.: Питер, 1997. 688 с.
6. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / пер. с англ. М.И. Завалова. М.: Класс, 2000. 464 с.
7. Королев К. Стратегическая психотерапия зависимостей в контексте гештальт-подхода: нарциссический вызов / Гештальт-2009: специальный выпуск по проблеме зависимостей. М.: МГИ, 2009. С. 21–31.
8. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2003. 368 с.
9. Плокк С. Работа с неизлечимым: построение терапевтического альянса с хроническим шизофреником // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2004. № 2. С. 69–77.
10. Пристипа А. Гештальт-терапия в лечении пациентов с пограничным расстройством личности. Особенности процесса / Гештальт-2007. М.: МГИ, 2007. С. 67–81.
11. Психоанализ депрессий: сб. ст. / под ред. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. 164 с.

12. Пятронене Г. Способы осмысления жизни больными шизофренией // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. 2004. № 2. С. 129–133.
13. Погодин И.А. Природа «безумия»: диалогово-феноменологический подход // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: в 5 т. Т. 4 (13). О природе и психотерапии «безумия»: сб. ст. Киев: Изд. дом Дмитрия Бураго, 2014. С. 27–41.
14. Шелер М. Ресентимент в структуре моралей / пер. с нем. А.Н. Малинкина. СПб.: Наука; Университетская книга, 1999. 204 с.
15. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. 576 с.
16. Маяковский В.В. Полное собрание сочинений. М: Гослитиздат, 1955–1961. Т. 1–13.
17. Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном: пер. с англ. Львов: Инициатива, 2005. 352 с.
18. Погодин И.А. «Конусно-слоевая» модель организации психической жизни в поле // Диалогово-феноменологическая психотерапия: ресурсы первичного опыта: в 5 т. Т. 3 (12): Теория поля и особенности психотерапевтической практики: сб. ст. Киев: Изд. дом Дмитрия Бураго, 2013. С. 24–35.
19. Перманентный процесс рождения как фактор психотерапии: рождаясь ежесекундно заново // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 166–178.
20. Мамардашвили М.К. Картезианские размышления. М.: Прогресс, 2001. 352 с.
21. Мамардашвили М.К. Формы и содержание мышления. М., 2011. 288 с.
22. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Ed. text revision. APA, Washington, DC.

REFERENCES

1. Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 2 (10): Fundamental'nyi paradoks prisutstviya i teoriya polya v psikhoterapii perezhivaniem* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 2 (10): The Fundamental paradox of presence and the theory of a field in psychotherapy experience]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2013, 108 p.
2. Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 1: Filosofskie i estestvenno-nauchnye osnovaniya terapii, fokusirovannoi na pervichnom opyte* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 1: The philosophical and natural-science bases of the therapy focused on primary experience]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2012, 112 p.
3. Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 3 (12): Teoriya polya i osobennosti psikhoterapevticheskoi praktiki* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 3 (12): Theory of a field and feature of psychotherapeutic practice]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2013, 112 p.
4. Pogodin I.A. *Zhizn' kak nepreryvnyi akt rozhdeniya* [Life as a continuous act of birth]. In: Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta:*

- sbornik statei: v 5 tomakh. Tom 1: Filosofskie i estestvenno-nauchnye osnovaniya terapii, fokusirovannoi na pervichnom opyte* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience: collection of articles. 5 vols. Vol. 1: The philosophical and natural-science bases of the therapy focused on primary experience]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2012, pp. 42–59.
5. Maier D. *Sotsial'naya psikhologiya* [Social psychology]. St. Petersburg, Piter Publ., 1997, 688 p.
6. Kernberg O.F. Severe personality disorders. Yale University Press, 1994 (Russ. ed.: Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii. Moscow, 2000, 464 p.
7. Korolev K. *Strategicheskaya psikhoterapiya zavisimosti v kontekste geshtal't-podkhoda: nartsissicheskii vyzov* [Strategy psychotherapy of dependences in the context of gestalt approach]. *Geshtal't-2009: spetsial'nyi vypusk po probleme zavisimosti* [Gestalt-2009: Special Issue on the relationship problem]. Moscow, MGI Publ., 2009, pp. 21–31.
8. Kohut H. The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. N.Y., International Universities Press 1971. (Russ. ed.: Kohut H. Analiz samosti: Sistematskii podkhod k lecheniyu nartsissicheskikh narushenii lichnosti. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2003, 368 p.
9. Plokk S. *Rabota s neizlechimym: postroenie terapevtskogo al'yansa s khronicheskim shizofrenikom* [Work with the incurable: creation of therapeutic alliance with the chronic schizophrenic]. *Ekzistentsial'naya traditsiya: filosofiya, psikhologiya, psikhoterapiya* [Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy], 2004, no. 2, pp. 69–77.
10. Pristupa A. *Geshtal't-terapiya v lechenii patsientov s pogranichnym rasstroistvom lichnosti. Osobennosti protsessa* [Gestalt-therapy in treatment of patients with disorders of personality. Features of process]. *Geshtal't-2007* [Gestalt-2007]. Moscow, MGI Publ., 2007, pp. 67–81.
11. Reshetnikov M.M., ed. *Psikhoanaliz depressii* [Psychoanalysis of depressions]. St. Petersburg, Vostochno-Evropeiskii Institut Psikhoanaliza Publ., 2005, 164 p.
12. Pyatronene G. *Sposoby osmysleniya zhizni bol'nymi shizofreniei* [Ways of judgment of life patients with schizophrenia]. *Ekzistentsial'naya traditsiya: filosofiya, psikhologiya, psikhoterapiya* [Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy], 2004, no. 2, pp. 129–133.
13. Pogodin I.A. *Priroda «bezumiya»: dialogovo-fenomenologicheskii podkhod* [Nature of «madness»: the dialogue-phenomenological approach]. In: Pogodin I.A. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: v 5 tomakh. Tom 4(13): O prirode i psikhoterapii «bezumiya»* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience. 5 vols. Vol. 4(13)]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2014, pp. 27–41.
14. Scheler M. Das Ressentiment im Aufbau der Moralen. Frankfurt am Main, Klostermann, 1978. 117 S. (Russ. ed.: Sheler M. Resentiment v strukture moralei. St. Petersburg, Nauka, Universitetskaya kniga Publ, 1999, 204 p.).
15. Fuko M. Istoriya bezumiya v klassicheskuyu epokhu [History of madness during a classical era]. St. Petersburg, Universitetskaya kniga Publ., 1997, 576 p.
16. Mayakovskii V.V. Polnoe sobranie sochinenii [Complete edition]. Moscow, Goslitizdat Publ., 1955–1961, 13 vols.

17. Laing R.D. Politics of Experience, and The Bird of Paradise. Harmondsworth, 1967 (Russ. ed.: Laing R.D. Fenomenologiya perezhivaniya. Raiskaya ptichka. O vazhnom [Phenomenology of experience. Paradise birdie. About important]. Lvov, Initsiativa Publ., 2005, 352 p.
18. Pogodin I. «Konusno-sloevaya» model' organizatsii psikhicheskoi zhizni v pole [The model of the organization of mental life in the field]. In: Pogodin I. *Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya: resursy pervichnogo opyta: v 5 tomakh. Tom 3(12): Teoriya polya i osobennosti psikhoterapevticheskoi praktiki* [The Dialogue-phenomenological psychotherapy: resources of primary experience. 5 vols. Vol. 3(12): The field theory and feature of psychotherapeutic practice]. Kiev, Dmitriy Burago Publ., 2013, pp. 24–35.
19. Pogodin I. *Permanentnyi protsess rozhdeniya kak faktor psikhoterapii: rozhdayas' ezhesekundno zanovo* [Permanent process of the birth as a psychotherapy factor]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013, no. 3, pp. 166–178.
20. Mamardashvili M.K. *Kartezinskie razmyshleniya* [Cartesian Meditations]. Moscow, Progress Publ., 2001, 352 p.
21. Mamardashvili M.K. *Formy i sodержание myshleniya* [Forms and content of thinking]. Moscow, 2011, 288 p.
22. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Ed. text revision. APA, Washington, DC.

Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия психических расстройств: особенности подхода // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 77–94.

Аннотация. В работе представлена попытка описать условия, при которых была бы возможна психотерапия психических расстройств в рамках методологии диалогово-феноменологической психотерапии. Автор рассматривает «безумие» в качестве культурального мифа, функционирующего на правах концептуального вируса. Отсюда же и вытекают особенности соответствующей психотерапии, предлагаемой в работе.

Ключевые слова: диалогово-феноменологическая психотерапия, переживание, культуральный миф, концепция, концептуальный вирус, присутствие, феномен-инновация, первичный опыт.

Информация об авторе:

Погодин Игорь Александрович, кандидат психологических наук, доцент, директор Института Гештальта. Белоруссия, 220000, Минск, ул. Лобанка, 14-88. тел. +375173996546. pogodin.igor@gmail.com.

Pogodin I.A. Dialogovo-fenomenologicheskaya psikhoterapiya psikhicheskikh rasstroistv: osobennosti podkhoda [Dialogue-phenomenological psychotherapy of mental disorders: peculiarities of approach] (Russian). *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 77–94.

Abstract. The paper describes an attempt to reveal possible conditions for psychotherapy of mental disorders within the framework of dialogue-phenomenological psychotherapy methodology. The author regards «madness» as a cultural myth, functioning as a concept virus, this view giving ground for distinguishing the peculiarities of the corresponding psychotherapy.

Keywords: dialogue-phenomenological psychotherapy, emotional experience, cultural myth, conceptual virus, presence, phenomenon-innovation, primary experience.

Information about author:

Pogodin Igor, PhD in Psychology, Associate Professor, Director of Geshtalt Institute. 14-88, Lobanka st., Minsk, 220000, Belarus. Tel. +375173996546. *pogodin.igor@gmail.com*.

Поступила 09.02.2015
Received 09.02.2015

УДК Р11(2Рос)286.45
ББК 616.895.8-082

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ПО МАТЕРИАЛАМ 22-го КОНГРЕССА ЕВРОПЕЙСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ)

Д.А. Крупченко¹, В.Г. Симонян²

¹ Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Минск, Белоруссия

² Психиатрический центр «Норк», Ереван, Армения

Данный обзор подготовлен по материалам Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (март 2014 г., Мюнхен) участниками Образовательной программы ВПА «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (East European Educational WPA-Servier Academy – «EEE WPA-Servier Academy»).

*«Recovery ... refers to the attainment of a meaningful and valued life, rather than recovery from a disease, and the absence of symptoms»
(Roe & Swarbrick, 2007)*

Введение

Шизофрения является одним из самых распространенных психических расстройств. В научной литературе существует много трудов, посвященных различным аспектам данной патологии. Еще В.А. Гиляровский в своих трудах [1] отмечал, что шизофрения – одно из самых распространенных психических заболеваний и половина всех пациентов, поступающих в психиатрические стационары, страдают шизофренией. Автором приводились данные о том, что в последнее десятилетие ведутся активные работы в сфере познания этиологии и развития новых моделей оказания помощи данной группе людей. Однако, несмотря на это, шизофрения остается одной из самых сложно протекающих патологий.

Распространенность заболевания в мире среди взрослого населения составляют около 1% [2]. По данным ВОЗ, во всем мире шизофренией страдают 24 млн человек, шизофрения входит в десятку заболеваний с самым высоким показателем инвалидизации за год

жизни в возрастной группе от 15 до 44 лет и занимает в этом списке восьмое место [3]. Экономические затраты, связанные с лечением данного психического расстройства, чрезвычайно высоки: общие затраты на лечение шизофрении в США составляют около 65 млрд долл. в год, среди которых не прямые затраты более чем в 2 раза превышают прямые [4].

Несмотря на то, что в странах Европейского Союза помощь при данном психическом расстройстве существенно улучшилась за последние десятилетия, необходимы дальнейшие действия, направленные на снижение рисков, которым подвержены пациенты данной группы:

- социальной изоляции;
- безработицы;
- потери жилья и тюремного заключения;
- ухудшения качества жизни;
- преждевременной смерти и суицида;
- предрассудков и дискриминации во всех сферах жизни.

Представленные проблемы актуальны не только для людей, непосредственно страдающих шизофренией, и их родственников, но и для общества в целом в связи с социально-экономическими последствиями, снижением работоспособности пациентов и людей, осуществляющих уход за ними.

Это обуславливает актуальность и большой интерес к данному расстройству в мировом психиатрическом сообществе. Особенно важными являются вопросы организации психиатрической помощи при шизофрении и общая политика по отношению к данному психическому расстройству, так как при нем как ни при каком другом заболевании необходимо развитие скоординированной, преемственной, мультидисциплинарной психиатрической службы.

За последние 50 лет многими отечественными психиатрами ведутся активные работы в направлении развития психиатрической службы, организации новых форм оказания психиатрической помощи с целью создания новых терапевтически и фармакоэкономически эффективных моделей, а также в направлении снижения стигматизации и использования современных научно оправданных методов в психиатрической службе [5].

Основные проблемы, необходимость пересмотра политики, основные приоритеты в развитии службы помощи при шизофрении были широко представлены и на 22-м конгрессе Европейской психиатрической ассоциации (ЕРА), который проходил с 1 по 4 марта 2014 г. в Мюнхене. В них представлен взгляд на организа-

цию помощи при шизофрении с разных точек зрения. В данном обзоре сделана попытка рассмотреть и систематизировать наиболее важные моменты в рамках представленной тематики.

Основные проблемы организации помощи при шизофрении

Институционализация и необходимость развития нестационарных форм помощи

Основными видами помощи при шизофрении в странах СНГ, к сожалению, до сих пор остаются лечение в стационарах и наблюдение в психоневрологических диспансерах. В то же время известно, что при направлении пациента в психиатрический стационар всегда необходимо учитывать, что польза от такого лечения может быть меньше, чем вред, связанный с социальными последствиями, изоляцией пациента, исчезновением его из окружения, нарушением прав, усилением стигматизации [6]. Особенно это актуально при длительных госпитализациях.

До недавнего времени считалось, что психиатрические стационары предназначены для лечения лиц с расстройствами психотического уровня. Однако в современных условиях не все больные с психозами нуждаются в обязательной госпитализации в психиатрическую больницу, многие из них могут получать лечение амбулаторно. Поэтому на современном этапе развития психиатрической службы необходимо проводить максимальную деинституционализацию и переориентацию на формы помощи, осуществляемые внутри сообщества пациента. В странах Европейского Союза данный процесс осуществляется в течение нескольких десятилетий, и достигнут существенный успех во многих странах [7]. Так, все больше создаются промежуточные формы учреждений (дневные стационары, пансионы для людей с психическими расстройствами, жилье с предоставлением помощи (assisted living) и т.д.), в которых проводится активное лечение пациентов без полной изоляции от семьи, сообщества и привычного окружения.

Многими современными отечественными психиатрами также ведутся активные исследования в области развития психиатрической службы на дому [8], авторами разработана и внедрена служба настойчивого лечения в сообществе. Такие бригады направлены на реорганизацию психиатрической службы и перенос акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия в естественном социальном окружении. Поскольку в странах СНГ такие организационные формы, как бригады, не входят в номенк-

латуру подразделений психиатрической службы, целесообразно создание отделений с подобными функциями в структуре диспансера или психиатрического стационара.

Психоневрологические диспансеры организуются в тех городах, где численность населения позволяет выделить пять и более врачебных должностей. В других случаях функции психоневрологического диспансера выполняет кабинет психиатра, входящий в состав районной поликлиники.

Еще одной сложностью, требующей решения, является организация помощи пациентам с длительным сроком пребывания в психиатрических стационарах. По данным некоторых авторов [8], в психиатрических больницах России почти пятая часть коечного фонда «заблокирована» оседающими в стационаре людьми с многолетним хроническим течением заболевания и длительными сроками госпитализации, причем большую их часть составляют пациенты с диагнозами шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Актуальность проблемы «оседания» людей в психиатрических стационарах связана и с формированием у этих пациентов синдрома «госпитализма». Очень часто образуется замкнутый круг, когда клинические причины «обрастают» социальными трудностями, последние, в свою очередь, часто становятся непосредственной причиной повторных госпитализаций.

Кроме того, актуальность сокращения коечного фонда стационаров обусловлена еще и тем, что основная доля прямых медицинских затрат (около 80%), связанных с шизофренией, приходится именно на больничные службы. При этом доля медицинских издержек в развитых странах составляет 1,5-3% психиатрического бюджета, или 0,03% национального ВВП [9]. Основное же бремя шизофрении определяется социальными затратами, соотношение которых с медицинскими составляет 4:1.

Стигматизация при психических расстройствах

Серьезной проблемой для современной психиатрии являются стигматизация и дискриминация лиц, страдающих шизофренией, которые затрудняют как организацию лечения, так и включение пациентов в социальную жизнь [10].

Последние исследования показывают, что стигма и дискриминация лиц с психическими расстройствами увеличиваются, если судить по социальному дистанцированию широкой общественности. Это имеет серьезные последствия в виде исключения из социальной жизни, благополучия людей с психическими заболеваниями [11].

При этом структурная стигма (дискриминация внутри системы, институциональная дискриминация) является одной из наиболее проблемных и зачастую игнорируемых областей. Структурная стигма включает в себя дискриминацию со стороны частных и государственных институтов, которые преднамеренно ограничивают лиц, страдающих психическими расстройствами, а также особенности ведения политики и организации помощи таким образом, что это сокращает возможности людей, имеющих психические расстройства [12]. Следовательно, одной из основных задач дестигматизации является реструктуризация психиатрических служб разных стран с целью максимального обращения своего внимания на права и потребности пациентов, предотвращение их исключения из социальной жизни: открытие дневных стационаров и амбулаторий в сообществе, выведение психиатрической службы из стен стационара, развитие реабилитационных программ.

В докладе S. Evans-Lacko и др. на симпозиуме «Есть ли будущее для социальной психиатрии в Европе?» была показана важность макро- и микроконтекста в предотвращении исключения пациентов из социальной жизни. Так, в одном из крупных европейских исследований GAMIAN (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe) показаны роль социальной среды и ее вклад в развитие проблем в сфере психического здоровья и общее благополучия как отдельных лиц, так и целых сообществ [12].

Были представлены данные, указывающие на чрезвычайную важность и эффективность кампаний по борьбе со стигмой в обществе [13] (Time to change). Ориентация обширных антистигматизационных программ на широкую общественность ведет к добродетельному кругу (virtuous cycle) посредством разрывания негативной обратной связи общественности по отношению к лицам, страдающим психическими расстройствами, тем самым снижения их самостигматизации.

В организации программ по борьбе со стигмой необходимо применение комбинированного подхода, направленного на знания, отношение и поведение. Наиболее эффективными подходами в плане снижения стигмы являются: опыт непосредственного и опосредованного (через творчество, фотографии) положительного социального контакта с лицами, имеющими психические расстройства; корректное раскрытие историй людей, имеющих опыт успешного лечения. Улучшение доступности информации по вопросам психического здоровья и облегчения доступа к медицинской помощи и обращению за помощью также показывает свою

эффективность в отношении снижения стигмы [12]. Кроме того, образовательные программы по борьбе со стигмой должны быть непрерывным процессом, так как одиночные кампании, как правило, имеют ограниченный эффект.

Соматическое здоровье пациентов, страдающих шизофренией

Существенной проблемой, ассоциированной с шизофренией, является то, что при этом заболевании люди страдают от соматических болезней гораздо больше, чем лица, которые не имеют данного расстройства [14]. Тема была затронута на симпозиуме «Улучшение соматического здоровья людей, страдающих шизофренией» под председательством профессора W. Gaebel.

Профессор N. Sartorius привел данные нескольких исследований, показывающих, что люди, которым выставлен диагноз шизофрении, живут в среднем на десять лет меньше, чем остальная часть населения. Причины такого положения многочисленны: люди с шизофренией, вероятно, более озабочены симптомами самой шизофрении и пренебрегают соматическим здоровьем, не обращаются за медицинской помощью, когда это необходимо; предоставляемые медицинские услуги в большинстве случаев имеют худшее качество для лиц, которые имеют диагноз психического заболевания; люди с шизофренией часто не в состоянии оплатить расходы на посещение врача и лечение; наконец, нельзя исключать того, что шизофрения и соматические заболевания имеют общие конституциональные причины, повышающие уязвимость человека как к психическим, так и к физическим заболеваниям.

Кроме того, была затронута проблема нарушений в сексуальной сфере пациентов. Так, недавние исследования показывают, что сексуальные, эмоциональные и личные отношения чрезвычайно важны, по крайней мере, для 65% лиц, страдающих шизофренией, что составляет столько же, сколько для лиц контрольной группы, не имеющих психических расстройств [15]. Было указано, что большинство пациентов имеют мало информации о половом воспитании и отмечают отсутствие соответствующих бесед с их лечащим врачом-психиатром, несмотря на необходимость этого. В то же время любовь и эмоциональные устойчивые отношения вносят огромный вклад в нормализацию жизни, ресоциализацию и лучший прогноз заболевания [16, 17].

Сексуальные дисфункции зачастую связаны с лечением психических заболеваний. Главным образом это касается антипсихотических препаратов, вызывающих гиперпролактинемия [18]. Многие пациенты, в основном молодые мужчины, считают ухудшение сек-

суальной функции одним из наиболее тяжелых побочных эффектов вместе с экстрапирамидными симптомами, увеличением массы и седацией. Они считают неприемлемыми нарушения сексуальной сферы под действием лечения, что оказывает влияние на их комплаенс. Необходимо учитывать эти данные при назначении лечения, иметь возможность обсудить с пациентом его беспокойство по поводу нарушений сексуальных функций [19].

На симпозиуме «Улучшение жизни людей, страдающих шизофренией: общая ответственность» [20] была затронута тема побочных эффектов при лечении антипсихотическими препаратами, которая является одной из наиболее важных в связи с нарушениями комплаенса, существенным влиянием на соматическое здоровье пациентов. В то же время важность мониторинга побочных эффектов зачастую недооценивается врачами. Положительные изменения могут быть достигнуты посредством обширных государственных программ, нацеленных на улучшение качества лечения при шизофрении и осуществляющих наблюдение и ревизию выписки психотропных препаратов [21].

Нарушения прав людей, страдающих шизофренией

Немаловажной проблемой, связанной с психическими расстройствами в целом и с шизофренией в частности, является распространенность нарушений прав человека и методы их предотвращения. Нарушения прав людей, страдающих шизофренией, как и в целом при психических расстройствах, к сожалению, широко распространены по всему миру [22].

На симпозиуме «Права и нужды пациента в свете Конвенции ООН по защите прав инвалидов» были представлены взгляды потребителей психиатрической помощи на права и нужды пациентов. Президент EUFAMI (Европейской федерации ассоциаций семей лиц, страдающих психическими заболеваниями) В. Johnson подчеркнул, что права любого человека, как они изложены в Уставе ООН, должны всегда оставаться священными, а любое законодательство как на национальном, европейском, так и на международном уровне всегда должно ставить принцип соблюдения прав людей в основу. Вместе с тем он высказал необходимость поиска баланса между продвижением прав и обязанностей человека и его социальной защитой.

Необходимость поиска данного баланса была поддержана и в докладе S. Mueller «Этические и клинические сложности психиатрии». В 2006 г. вступила в силу, а затем была подписана и ратифицирована в большинстве стран мира Конвенция ООН о правах ин-

валидов [23]. Данный документ открывает новую точку зрения на инвалидность и требует изменения многих существующих практик оказания, в том числе и психиатрической помощи.

В частности, в ст. 25 Конвенции указано, что оказание медицинской помощи должно предоставляться *«... в том числе на основе свободного и информированного согласия...»*, а в ст. 12 – что, *«... инвалиды обладают правоспособностью наравне с другими во всех аспектах жизни...»*, ст. 14 – *«... наличие инвалидности ни в коем случае не становится основанием для лишения свободы»*. Такая точка зрения требует пересмотра процедуры недобровольной госпитализации, принудительного лечения, лишения дееспособности. По сути, конвенция настаивает на недопустимости подобных практик.

В то же время возникает вопрос об организации помощи лицам, отказывающимся от получения помощи. Возникает конфликт между принципом уважения автономии пациента и заботой о его состоянии.

С одной стороны, врачи имеют юридическую и этическую ответственность за лечение пациентов только в случае их осознанного согласия. С другой стороны, врачи обязаны помогать пациентам. В то же время у многих пациентов с тяжелыми психическими расстройствами способность к автономному принятию решений может временно снижаться. В некоторых случаях принудительное лечение может быть единственным способом восстановить способности, лежащие в основе автономного принятия решений. Отказ от оказания помощи исключительно на основании принципа автономии увеличивает риск вреда здоровью пациентов. Указанная дилемма вновь ставится во главу угла современной психиатрии в свете Конвенции по правам инвалидов и требует разрешения в ближайшем будущем. Решение не может сводиться просто к запрету принудительного лечения, а требует поиска выхода, учитывающего волю пациента и эффективную помощь, направленную на восстановление способности к автономному принятию решений. Среди возможных путей выхода приводится подход *«заблаговременно сделанных указаний»* (advance directive), когда человек заранее заявляет о том, что именно предпочел бы в случае ухудшения психического состояния, ограничивающего способность к автономному принятию решений.

Другим необходимым действием в свете появления конвенции является пересмотр существующего процесса оказания недобровольной психиатрической помощи. Считается, что альтернативой стационарной психиатрической помощи должно являться прину-

дительной лечение в сообществе пациента (compulsory community treatment). Однако S. Kisely в выступлении на симпозиуме «Европейские модели помощи для лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами: принудительное лечение» привел данные, указывающие, что в отдаленной перспективе эффективность принудительного лечения в сообществе не отличаются от обычной психиатрической помощи на добровольной основе в плане регоспитализаций, социального функционирования и симптоматики [24]. Раннее вмешательство при психических расстройствах и доступность своевременной психиатрической помощи гораздо важнее хорошо налаженной процедуры принудительного лечения.

Современные приоритеты в организации помощи при шизофрении

В симпозиуме «Улучшение помощи при шизофрении – приоритет в политике здравоохранения» были представлены выводы рабочей группы, состоящей из психиатров разных стран, исследователей, медицинских сестер, пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними. Группа несколько раз встречалась и систематизировала ведущие мировые представления в современной клинической и научной доказательной базе относительно организации помощи при шизофрении в сочетании с опытом непосредственных потребителей психиатрической помощи. Три основных вывода, к которым удалось прийти, заключаются в следующем:

- вероятность хорошего исхода для людей с шизофренией улучшилась в последние десятилетия; в случае наличия надлежащего ведения многие люди в состоянии достичь приемлемого качества жизни.

- современный подход к ведению шизофрении должен стремиться продвинуть пациента по пути к восстановлению нормального функционирования, а также облегчать симптомы, вызывающие дистресс пациента.

- стимуляция будущих изменений с целью улучшения прогноза при шизофрении требует фундаментальных изменений в политике.

Ниже приведены основные направления изменений политики, сформулированные группой [25].

Ориентация на восстановление (recovery)

Содействие восстановлению (recovery) при шизофрении:

- 1) известно, что до 50% людей с шизофренией могут иметь хороший прогноз, если они получают соответствующее лечение, что, в свою очередь, зависит от точной и полной клинической оценки;

2) для пациента, страдающего шизофренией, восстановление может быть рассмотрено как процесс личного роста, несмотря на присутствие психического заболевания;

3) расширение прав и возможностей является важным фактором в достижении восстановления пациентов;

4) работники сферы психического здоровья должны признать, что большинство пациентов с шизофренией могут достичь некоторой степени функционального восстановления и вести продуктивную и полноценную жизнь в обществе;

5) с начальных этапов терапии, восстановление должно рассматриваться как наиважнейшая цель.

Интегрированный подход к лечению шизофрении

Второй предпосылкой достижения положительных результатов при шизофрении является развитие комплексного подхода к лечению (т.е. сочетающего медицинские и психологические методы лечения, а также внимание физическому здоровью). Врачи должны быть частью междисциплинарной команды, состоящей из специалистов в области здравоохранения, поставщиков социальных услуг и других соответствующих учреждений (например, жилищных органов). Кроме того, как представил S. Steffen в своем докладе, немаловажную роль в процессе повышения качества жизни и проводимого лечения при шизофрении имеют общественные организации. Дублинской декларацией, подписанной в 2013 г., создана сеть из негосударственных общественных организаций 22 стран, которые проводят программу по поддержке пациентов, страдающих шизофренией и их семей.

Таким образом, для достижения ощутимого улучшения в сфере политики по отношению к шизофрении необходимо сотрудничество всех заинтересованных сторон общества. Лишь при таком сотрудничестве данная политика может принести ожидаемый результат.

Создание поддерживающей среды, которая содействует восстановлению

Улучшение среды, в которой существуют пациенты, способствует лучшему контролю симптомов и восстановлению функций. Соответственно, создание благоприятной среды, в которой люди с шизофренией могут работать над своим восстановлением, занимает центральное место в организации помощи. Поиск и сохранение работы, способность управлять личными финансами, создание и поддержание хороших межличностных отношений являются ключевыми потребностями людей с шизофренией. Следует поощрять программы

поддерживаемого трудоустройства (supported employment) и системы льгот, способствующих удержанию на рабочем месте.

Люди с психическими расстройствами, как было указано выше, часто сталкиваются с предрассудками и дискриминацией при поиске работы или обучения, при попытке сформировать тесные отношения. Следовательно, необходимо развитие информационно-просветительских кампаний, направленных на снижение бремени стигмы.

Основные направления изменения политики

Суммируя вышеперечисленные проблемы, основные приоритеты в организации помощи при шизофрении, можно кратко сформулировать *основные направления изменения политики*.

В своем докладе «Изменение курса (политики) при шизофрении» профессор W. Fleischhacker и соавт. представили рекомендации по изменению курса и политики помощи при шизофрении. Авторами приводятся рекомендации по улучшению оказываемой помощи и качества жизни людей, которые страдают шизофренией. Данные рекомендации даются на местном, национальном и региональном уровнях [25]:

1. Обеспечение психиатрической службы научно обоснованными, интегрированными протоколами и стандартами помощи, которые должны быть поддержаны национальной системой здравоохранения.

2. Обеспечение поддержки пациентов с целью их интеграции в сообщество и развитие механизмов помощи выхода из трудного положения (безработица, потеря жилья и т.д.) для достижения восстановления. Сопровождение и образовательные программы должны быть развиты и внедрены для поддержки включения пациентов в их сообщества, трудовые коллективы, школы.

3. Обеспечение поддержкой, информацией и образовательными программами семей пациентов, которые обучают правильному уходу, способствующему восстановлению пациентов, и сводят к минимуму ухудшения собственной жизни опекунов.

4. Сотрудничество со специалистами других служб, а также общественными организациями, которые поддерживают пациентов, консультации с семьями и опекунами по вопросам постоянных пересмотров, улучшений и обновлений политики в области шизофрении.

5. Поддержка исследований и разработки новых методов лечения, которые улучшают перспективы пациентов и прогноз при шизофрении.

6. Организация и адекватное финансирование продолжительных и регулярных компаний повышения информированности с целью увеличения понимания шизофрении среди широких слоев общест-венности; подчеркивания важности положительного социального отношения к психическим расстройствам; акцентирования поддерж-ки правильного ведения шизофрении; сдерживания дискримини-рующих отношений и действий. Подобные программы должны яв-ляться неотъемлемой частью любого комплекса мероприятий.

Выводы

Вышеприведенные данные показывают, что и в западных странах, и в странах СНГ проводятся множественные исследова-ния, которые выявляют и сравнивают разные аспекты оказания психиатрической помощи при шизофрении. Последние включают в себя вопросы терапии и психосоциальной реабилитации паци-ентов этой группы. Учеными неоднократно исследовано значение таких разных организационных форм психиатрической службы, как стационары, клиники для больных с первым психотическим эпизодом, а также диспансерные отделения и т.д. Проведены множественные исследования эффективности разных антипсихо-тических препаратов и их побочных эффектов. Часто исследовате-лями затрагиваются вопросы рентабельности в организации пси-хиатрической службы, которые занимаются лечением и психосо-циальной реабилитацией при шизофрении.

В обзоре представлены основные проблемы организации помо-щи при шизофрении, о которых шла речь на 22-м конгрессе Европей-ской психиатрической ассоциации, среди них: необходимость реор-ганизации психиатрической службы с ориентацией ее на внестацио-нарные формы помощи; стигматизация лиц, страдающих шизофре-нией, и необходимость ее преодоления; плохое соматическое здоро-вье пациентов, страдающих шизофренией, и побочные эффекты пси-хотропных препаратов; распространенность нарушений прав чело-века в свете конвенции по защите прав инвалидов. Систематизиро-ваны приоритеты политики организации помощи при шизофрении, среди которых: ориентация на восстановление, интегрированный подход к лечению, создание поддерживающей среды, способствующей выздоровлению. Кратко приведены рекомендации основных на-правлений изменения политики оказания помощи при шизофрении.

Данные рекомендации по улучшению политики по борьбе с шизофренией очень актуальны и в странах бывшего Советского Союза, однако только теоретические рекомендации сегодня не в силе решить проблемы данной группы пациентов наших стран.

Необходима скоординированная, целенаправленная и планомерная деятельность всех заинтересованных структур. Представленные рекомендации могут служить в качестве основных ориентиров данной деятельности.

Важны также развитие и активное участие сети общественных организаций, непосредственных потребителей психиатрической помощи и их семей. Также необходима помощь в вопросах переподготовки и обмена опытом работников сферы психического здоровья.

Благодарности

Авторы выражают благодарность компании «Сервье» в лице доктора F. Camus, а также куратору академии WPA-Servier, региональному представителю ВПА в Восточной Европе профессору П.В. Морозову за предоставленную возможность участия в работе 22-го конгресса Европейской психиатрической ассоциации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиляровский В.А. Психиатрия, руководство для врачей и студентов. М.; Л.: Биомедгиз, 1935. С. 282–283.
2. McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 2008, vol. 30, pp. 67–76.
3. WHO | The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope.
4. Wyatt R.J., Henter I., Leary M.C., Taylor E. An economic evaluation of schizophrenia – 1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, vol. 30(5), pp. 196–205.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы России (1994–1999). М.: Медпрактика, 2000. 506 с.
6. Ahern L., Rosenthal E. Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey. Mental Disability Rights International, Istanbul, 2005, 87 p.
7. Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally. New Jersey, John Wiley & Sons, 2011, p. 240.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Бабушкина Е.И., Давыдов К.Б., Есяянц Ж.Л. Оптимизация психиатрической помощи больным шизофренией с длительными госпитализациями. Пособие для врачей. М., 2007. 26 с.
9. Evers S., Ament A. Cost of schizophrenia in Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21, pp. 141–153.
10. Sartorius N., Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 2005, p. 238.
11. Evans-Lacko S., Brohan E., Mojtabai R., Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 2012, vol. 42(8), pp. 1741–1752.
12. Corrigan P.W., Markowitz F.E., Watson A.C. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, vol. 30(3), pp. 481–491.
13. Evans-Lacko S., Malcolm E., West K., Rose D., London J., Rüschn N., Thornicroft G. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, supp. 55, pp. 77–88.

14. De Hert M., Correll C.U., Bobes J., Cetekovich-Bakmas M., Cohen D., Asai I., Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2011, vol. 10(1), pp. 52–77.
15. Montejo A.L., Majadas S., Rico-Villademoros F., Llorca G., De La Gándara J., Franco M., Prieto N. Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010, vol. 7(10), pp. 3404–3413.
16. Heald A., Montejo A.L., Millar H., De Hert M., McCrae J., Correll C.U. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 41–45.
17. Montejo A.-L. The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 3–5.
18. Malik P., Kemmler G., Hummer M., Riecher-Roessler A., Kahn R.S., Fleischhacker W.W. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2011, vol. 31(3), pp. 274–280.
19. Östman M., Björkman A.-C. Schizophrenia and relationships: the effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2013, vol. 7(1), pp. 20–24.
20. Nordentoft M., Melau M., Rasmussen J., Thorup A., Secher G., Austin S., Jeppesen P., Mors O., Lone P., Bertelsen M. Update on Interventions for Patients with Schizophrenia, Article: EPA-1816, Topic: CS04. 2014. Abstracts book of the 22 European Congress of Psychiatry. Munich, 2014.
21. Barnes T.R., Paton C. Improving prescribing practice in psychiatry: the experience of the Prescribing Observatory for Mental Health (POMH-UK). *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 2011, vol. 23(4), pp. 328–335.
22. Drew N., Funk M., Tang S., Lamichhane J., Chávez E., Katontoka S., Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*, 2011, vol. 378(9803), pp. 1664–1675.
23. International Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Adopted by the United Nations General Assembly in December 2006. URL: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.
24. Kisely S., Xiao J., Crowe E., Paydar A., Jian L. The effect of community treatment orders on outcome as assessed by the Health of the Nation Outcome Scales. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 215(3), pp. 574–578.
25. Fleischhacker W.W., Arango C., Arteel P., Barnes T.R.E., Carpenter W., Duckworth K., Woodruff P. Schizophrenia-time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 2014, vol. 40(3), pp. 165–194.

REFERENCES

1. Gilyarovskii V.A. *Psikhiatriya: rukovodstvo dlya vrachei i studentov* [Psychiatry: a guide for doctors and students]. Moscow, 1935, pp. 282–283.
2. McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 2008, vol. 30, pp. 67–76.
3. WHO | The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope.

4. Wyatt R.J., Henter I., Leary M.C., Taylor E. An economic evaluation of schizophrenia – 1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1995, vol. 30(5), pp. 196–205.
5. Gurovich I.Ya., Golland V.B., Zaichenko N.M. *Dinamika pokazatelei deya-tel'nosti psikiatricheskoi sluzhby Rossii (1994–1999)* [Dynamics of activity of psychiatric service in Russia (1994–1999)]. Moscow, 2000, 506 p.
6. Ahern L., Rosenthal E. Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey. Mental Disability Rights International, Istanbul, 2005, 87 p.
7. Community Mental Health: Putting Policy Into Practice Globally. New Jersey, John Wiley & Sons, 2011, p. 240.
8. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Shashkova N.G., Visnevskaya L.Ya., Babushki-na E.I., Davydov K.B., Esayants Zh.L. *Optimizatsiya psikiatricheskoi pomo-shchi bol'ny'm shizofreniei s dlitel'ny'mi gospitalizatsiyami. Posobie dlya vrachei* [Optimizing the help of psychiatric-soup schizophrenia with long-term hospitalization. Manual for physicians]. Moscow, 2007, 26 p.
9. Evers S., Ament A. Cost of schizophrenia in Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21, pp. 141–153.
10. Sartorius N., Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Association. Cambridge, Cambridge Univ. Press, 2005, p. 238.
11. Evans-Lacko S., Brohan E., Mojtabai R., Thornicroft G. Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 2012, vol. 42(8), pp. 1741–1752.
12. Corrigan P.W., Markowitz F.E., Watson A.C. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 2004, vol. 30(3), pp. 481–491.
13. Evans-Lacko S., Malcolm E., West K., Rose D., London J., Rüsçh N., Thornicroft G. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry*, 2013, supp. 55, pp. 77–88.
14. De Hert M., Correll C.U., Bobes J., Cetkovich-Bakmas M., Cohen D., Asai I., Leucht S. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2011, vol. 10(1), pp. 52–77.
15. Montejo A.L., Majadas S., Rico-Villademoros F., Llorca G., De La Gándara J., Franco M., Prieto N. Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. *The Journal of Sexual Medicine*, 2010, vol. 7(10), pp. 3404–3413.
16. Heald A., Montejo A.L., Millar H., De Hert M., McCrae J., Correll C.U. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 41–45.
17. Montejo A.-L. The need for routine physical health care in schizophrenia. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 2010, vol. 25(2), pp. 3–5.
18. Malik P., Kemmler G., Hummer M., Riecher-Roessler A., Kahn R.S., Fleischhacker W.W. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2011, vol. 31(3), pp. 274–280.
19. Östman M., Björkman A.-C. Schizophrenia and relationships: the effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2013, vol. 7(1), pp. 20–24.
20. Nordentoft M., Melau M., Rasmussen J., Thorup A., Secher G., Austin S., Jeppesen P., Mors O., Lone P., Bertelsen M. Update on Interventions for Patients with Schi-

zophrenia, Article: EPA-1816, Topic: CS04. 2014. Abstracts book of the 22 European Congress of Psychiatry. Munich, 2014.

21. Barnes T.R., Paton C. Improving prescribing practice in psychiatry: the experience of the Prescribing Observatory for Mental Health (POMH-UK). *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 2011, vol. 23(4), pp. 328–335.

22. Drew N., Funk M., Tang S., Lamichhane J., Chávez E., Katontoka S., Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*, 2011, vol. 378(9803), pp. 1664–1675.

23. International Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Adopted by the United Nations General Assembly in December 2006. Available at: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.

24. Kisely S., Xiao J., Crowe E., Paydar A., Jian L. The effect of community treatment orders on outcome as assessed by the Health of the Nation Outcome Scales. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 215(3), pp. 574–578.

25. Fleischhacker W.W., Arango C., Arteel P., Barnes T.R.E., Carpenter W., Duckworth K., Woodruff P. Schizophrenia-time to commit to policy change. *Schizophrenia Bulletin*, 2014, vol. 40(3), pp. 165–194.

Крупченко Д.А., Симонян В.Г. Вопросы организации помощи лицам, страдающим шизофренией (по материалам 22-го конгресса Европейской психиатрической ассоциации) // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 95–111.

Аннотация. В обзоре представлены основные проблемы организации помощи при шизофрении, речь о которых шла на 22-м конгрессе Европейской психиатрической ассоциации (1–4 марта 2014 г., Мюнхен, Германия), среди которых необходимость реорганизации психиатрической службы с ориентацией ее на внестационарные формы помощи; стигматизация лиц, страдающих шизофренией и необходимость ее преодоления; плохое соматическое здоровье пациентов, страдающих шизофренией и побочные эффекты психотропных препаратов; распространенность нарушений прав человека в свете конвенции по защите прав инвалидов. Систематизированы приоритеты политики организации помощи при шизофрении, среди которых ориентация на восстановление, интегрированный подход к лечению, создание поддерживающей среды, способствующей выздоровлению. Кратко приведены рекомендации основных направлений изменения политики оказания помощи при данном психическом расстройстве.

Ключевые слова: шизофрения, политика, служба помощи.

Информация об авторах:

Крупченко Дмитрий Александрович, врач-психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, учреждение здравоохранения «Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Белоруссия, 220013, Минск, ул. П. Бровки, 7. Тел. +375 17 3318496. dmitry.krupchenko@gmail.com.

Симонян Ваган Гагикович, заведующий клиникой первого психотического эпизода, Психиатрический центр «Норк» Минздрава Армении. Армения, 0025, Ереван, Норк, ул. Овсепяна 2А. Тел. +374 91 40 98 58. simonyanvahan@yahoo.com.

Krupchanka D.A., Simonian V.G. Voprosy organizatsii pomoshchi litsam, stradayushchim shizofreniei (po materialam 22-go kongressa Evropeiskoi psikhiatricheskoi assotsiatsii) [Issues of health care provision for people suffering from schizophrenia (based on materials of 22nd congress of European Psychiatric Association)] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 95–111.

Abstract. The article presents an overview of main issues of providing people suffering from schizophrenia with health care which were mentioned during the 22nd Congress of the European Psychiatric Association (March 1-4, 2014, Munich, Germany). These issues include the necessity of reorganizing the psychiatric service and reorienting it toward out-patient facilities, stigmatization of people with schizophrenia and the necessity to overcome it; poor physical health of patients with schizophrenia and adverse effects of psychotropic drugs; the abundance of human rights violations in the light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The authors systematize the policy priorities in health care provision for patients with schizophrenia which include focus on recovery, an integrated approach to treatment, creating a supportive environment for the recovery. They also give a brief account of recommendations on the main directions of policy changes in treating patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, policy, service.

Information about author:

Krupchanka Dzmitry, M.D., psychiatrist, psychotherapist, «Psychiatry-Narcology» Regional Clinical Center, Minsk. 7, Petrus' Brovka Str., Minsk, 220013, Belarus. Tel. +375 17 3318496. *dmitry.krupchenko@gmail.com.*

Simonyan Vahan, M.D., Head of First Psychotic Episode Clinic, «Nork» psychiatric center, Ministry of Health, Armenia. Armenia, 0025, Yerevan, Nork, Hovsepian 2A. Tel: +374 91 40 98 58. *simonyanvahan@yahoo.com.*

Поступила: 08.12.2014

Received: 08.12.2014

УДК 159.943:616.89-08.441.44
ББК Ю936.2-521.2

ОТРАЖЕНИЕ ПРОБЛЕМ СУИЦИДОВ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НА 22-м ЕВРОПЕЙСКОМ КОНГРЕССЕ ПСИХИАТРОВ

П.В. Краснова¹, М.М.Денисенко²

¹ Республиканский научно-практический центр психиатрии,
психотерапии и наркологии, Алматы, Казахстан

² Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН, Харьков, Украина

Данный обзор подготовлен по материалам Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (март 2014 года, Мюнхен) участниками Образовательной программы ВПА «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (East European Educational WPA-Servier Academy – «EEE WPA-Servier Academy»).

На 22-м Европейском конгрессе психиатров была, как обычно, широко представлена крайне актуальная тема суицидов и суицидального поведения. Данная тема является животрепещущей для стран СНГ в связи с высоким уровнем суицидов, особенно среди детей и подростков. На Европейском конгрессе психиатров, который проходил 1–4 марта 2014 г. в Мюнхене, Германия, данная тема прямо или косвенно звучала во многих сообщениях европейских и российских докладчиков. Можно отметить, что даже в приветственной речи на открытии съезда профессор Wasserman упомянула такое известное историческое событие, как завершённый суицид короля Людвига II Баварского. Но и то, что президентом ЕПА является главный суицидолог Европы, позволяет нам оценить масштабы данной проблемы.

Проблема суицидов, особенно в детском и подростковом возрасте, многократно поднималась в докладах. Считаем, что и наш анонс стоит начать с темы суицидов детей. Наиболее полно данная тема была раскрыта в докладе профессора Gil Zalsman [15]. В своём сообщении он описал ситуацию с детскими и подростковыми суицидами в Израиле. Начал со статистических данных, в которых указал различие в частоте совершаемых суицидальных попыток по гендерному признаку: так, мальчики составляют 28,5% среди общего количества детей, совершающих суицидальные попытки, а девочки – 71,5%. Бы-

ла отмечена выраженная разница между религиозным и нерелигиозным населением: 23% и 77%, соответственно.

Очень интересные данные представлены по иммиграционному статусу. Так, 63% суицидальных попыток совершали родившиеся в Израиле, 28,5% – иммигранты в первом поколении, 8,5% – иммигранты во втором поколении. Учащиеся в школе составляют 54,4%, неучащиеся – 44,6%. Как основные триггеры совершения суицидальных попыток Zalsman выделяет: внутрисемейный конфликт, унижение, потерянную любовь [15].

В данном докладе отмечено, что в детском и подростковом возрасте 50% данных стрессовых ситуаций и 10% решений о совершении суицидальной попытки развивались остро за краткий временной промежуток, но и купировались также быстро. С нашей точки зрения, очень интересной является техника работы по предотвращению суицидального поведения среди детей и подростков. Во-первых, были проведены исследования, в которых выяснено, что подростки редко рассказывают о своих проблемах и планах совершения суицида родителям, а еще реже – учителям. Наиболее часто дети делятся со своими друзьями, которые воспринимают такую информацию как «огромную тайну, доверенную другом, которую нельзя разглашать». Исходя из данного исследования была выявлена актуальность работы с детьми и подростками. На занятиях с ними объяснялась «неправильность вышеупомянутой позиции», подчеркивалась необходимость сообщать о таких беседах учителям и социальным работникам, так как «это спасет жизнь другу». Кроме того, была отмечена значимость социальных сетей, в которых подростки часто размещают «прощальные письма» или просто делятся мыслями о своих суицидальных планах. G. Zalsman также рассказал о проводимой пилотной программе, основой которой является отслеживание таких сообщений, программа автоматически реагирует на определенные слова и оповещает патрульные машины, которые через несколько минут прибывают по адресам отправителей таких сообщений. Данная программа еще полностью не прошла апробацию, но, со слов докладчика, уже приносит явные результаты [15].

Схожим можно считать доклад, представленный российскими исследователями Е. Любовым и М. Кульгиной [6], в котором дан анализ уровня суицидов среди подростков в России, который оказался гораздо выше, чем среднемировой. Так, в мире уровень суицидов составляет 7,4 на 100 тыс. населения, а в России – 16,3. Предложенные способы раннего выявления мало отличались от

таковых же в схожих выступлениях, но включали госпитализацию при необходимости. Предлагалось проведение различных форм психотерапии: когнитивно-поведенческой, интерперсональной, психодинамической, гештальта, релаксации, основными принципами которых должны быть личностная централизация, решение проблем, формирование мотивации, принятие зрелых решений, повышение самооценки, выявление личностных ресурсов.

Широко была представлена тема «Прогресс, совершенный за прошедшие 30 лет в плане предотвращения суицидов» [7]. Данный доклад начинался с вопроса: что мы знали о предвестниках суицидов 30 лет назад?

– Суицидальные попытки могут быть как предшественником или последствием «большого» психического заболевания, так и не связаны с ним.

– Большой риск в развитии суицидального поведения играют социальные факторы.

– Большинство лиц, совершивших суицидальную попытку, имеют психическое заболевание.

– Алкоголизм часто является предиктором развития суицидального поведения.

– Практически ничего нельзя сделать для предотвращения суицида.

Что же нового удалось достичь за последние 30 лет?

– Выявление суицидальных тенденций и, в частности, скрининговые методы.

– Вышеупомянутые методы способствуют развитию способов предотвращения суицидальных попыток.

– Клинические и поведенческие аспекты в развитии суицидального поведения.

– Нейробиология суицидального поведения.

– Биомаркеры риска развития суицидального поведения.

Была также разработана Колумбийская классификация алгоритма оценки суицидальной попытки:

Прерванная суицидальная попытка. Человек начал совершать суицидальную попытку, но был остановлен другим лицом до того, как возможный вред здоровью был нанесен.

Неудачная суицидальная попытка. Человек начал предпринимать шаги к совершению суицидальной попытки, но остановился самостоятельно до того, как был нанесен возможный вред здоровью.

Суицидальная попытка. Был совершен потенциально опасный акт самоповреждения, который должен был привести к смерти, по расчетам лица, совершившего суицидальную попытку.

Другие формы пресуицидального поведения. Различные варианты подготовки к суицидальной попытке, которые могут включать суицидальные мысли, покупку оружия, написание прощальных писем, раздача вещей и подарков.

Автором [7] предложен четкий алгоритм действий по предотвращению суицидальных попыток.

На первом этапе рекомендовано скрининговое выявление суицидальных тенденций, которые должны проводиться на любом первичном этапе обращения в общесоматический стационар наравне с измерением артериального давления. Этому может быть обучен любой средний медицинский персонал, а в случае постсоветских стран – фельдшера и медицинские сестры, осуществляющие прием, приезжающие на вызовы или оказывающие помощь на участке.

Что же за контингент совершает суицидальные попытки? По исследованиям большинства Европейских психиатрических сообществ: 90% лиц, совершивших суицидальную попытку, были психически больны, 60% имели аффективные расстройства, 80% тех, кто имел расстройства настроения, никогда не получали профессиональную помощь, и только 10% – получали длительное лечение и наблюдение у специалистов. По объективным данным, две трети лиц, совершивших суицидальную попытку, посещали своего семейного врача в течение 30 дней, предшествовавших суициду. Большинство из этих пациентов не обращались и не получали рекомендаций обратиться к психиатру.

Необходимо обучение участковых врачей и врачей общей практики методам диагностики депрессивных эпизодов.

Как четко прослеживалось практически во всех выступлениях, львиная доля людей, совершивших суицидальную попытку, посещала врачей общей практики. Данный раздел профилактики суицидов представлен в не совсем удачном с точки зрения выводов, но в очень удачном с точки зрения развития скринингового выявления лиц с суицидальными тенденциями, исследовании [3] по обучению врачей общей практики подходам к выявлению депрессий и суицидального поведения.

Данное исследование проводилось в период между 2008 г. и 2013 г. Было проведено обучение практикующих врачей, которое длилось от 3 до 4 ч, включало теоретическую часть и интерактив-

ную часть, состоящую из обсуждений и ситуационных постановок. В исследовании приняли участия 212 практикующих врачей: 83 из Германии, 54 из Венгрии, 7 из Ирландии, 68 из Португалии. Темой исследования являлось изучение исходных знаний до обучений и выживаемости знаний сразу после тренинга и через 3 месяца.

Уровень знаний составил 93% сразу после тренинга и 54% – через три месяца. По поводу данных выводов были активные дебаты среди слушателей, вносились предложения по необходимости подсчета случаев выявления депрессий врачами общей практики, снижения уровня суицидального поведения на обслуживаемом участке. Но, несмотря на вышеописанные замечания, была отмечена особая значимость профилактических работ на данном уровне оказания медицинской помощи.

Кроме того, рекомендованы объединение самих пациентов и их родственников и обучение способам «самодиагностики», когда пациенту и родственникам объясняются симптомы перехода в группу высокого риска совершения суицидальной попытки; проведение обучающих курсов и объединение усилий с учителями, полицейскими, социальными работниками; правильная подача данных о риске суицидального поведения в средствах массовой информации.

В США проведены массивные исследования по уменьшению риска развития суицидальных попыток при назначении современных антидепрессантов. В ходе данных исследований выявлено, что дополнительное назначение антидепрессантов только в 10% случаев уже спасает 968 человек в год в США от совершения суицидальной попытки.

Программа по предотвращению суицидального поведения будет более эффективной, если мишенями будут именно главные предикторы: психические заболевания, алкоголизм, взаимная толерантность (исключение возможных оскорблений, которые могут привести к идеям самоуничтожения и самообвинения), правильная подача информации в масс-медиа.

Можно отметить выступление [10], в котором рассматривалось влияние алкогольной зависимости и алкогольного опьянения на риск развития суицидального поведения. В ходе данного исследования было выявлено, что 61% исследуемых мужчин были в той или иной степени алкогольного опьянения во время совершения суицидальной попытки, средний возраст лиц, совершивших суицидальную попытку, составил 32 года, было выявлено, что большинство пациентов имело низкий социо-экономический уро-

вень, 32% имели проблемы во взаимоотношениях с женами и другими членами семьи.

Кроме того, в таких странах, как Норвегия, Австралия, Канада, разработан, с нашей точки зрения, правильный подход к наблюдению лиц, совершивших суицидальную попытку. Данные пациенты обязаны проходить регулярное наблюдение и при необходимости лечение у психиатров в течение последующих двух лет после совершенной суицидальной попытки. В Швеции, Новой Зеландии и Австралии также законодательно запрещено, наличие какого-либо оружия у лиц, когда-либо совершивших суицидальную попытку.

Кроме того, создание так называемых «сетей», в которые входят скрининговые массовые обследования психологов, мониторингование социальных сетей и другие соответствующие методы, поможет выявлять суицидальные тенденции среди населения в целом.

В такие скрининговые методы можно включить рассмотрение анамнестических сведений как предикторов для включения в группу риска, необходимо рассматривать индивидуальный анамнез, семейный анамнез и собирать сведения о возможно имевших место когда-либо суицидальных мыслях и тенденциях. Кроме того, необходимо уточнять, имели ли место в настоящее время или ранее большой депрессивный эпизод, психотравмирующая ситуация, проблемы с межличностной коммуникацией. Ну и, конечно, отталкиваясь от современных тенденций, при наличии факторов риска, возможно выявление биомаркеров.

При необходимости следует правильно подобрать терапию, которая при различной симптоматике может включать антидепрессанты, стабилизаторы настроения, атипичные нейролептики, когнитивно-поведенческую психотерапию, при выраженных тяжелых депрессивных состояниях со стойкими суицидальными тенденциями назначать комбинацию Клозапина и Лития.

Генотип не так важен, как генная модификация, так как именно она приводит к более глубокому развитию депрессивной симптоматики. Однозначно нельзя сбрасывать со счетов генетический фактор развития суицидального поведения, который встречается в 50% случаев. В настоящее время идет массивная работа по выявлению генов, ответственных за развитие суицидального поведения. Выявлены некоторые аспекты нейроиммунологического влияния. Гены, влияющие на развитие суицидального поведения, имеют клетки-мишени: глутамат и ГАБА, факторы роста, полиамины, синаптические везикулы, глиальные клетки (Fiori and Turecki, 2012: *Neurobiology of Disease* 45: 14-22). Было

выявлено влияние стресса на депрессию, развитие различных форм депрессивного состояния при выраженном полиморфизме гена 5НТТ (Caspi A., Sugden K, Moffitt TE, Taylor A., Brathwaite A., Poulton R., Science 2003). Полиморфизм данного гена приводит к более выраженному развитию депрессивных симптомов и развитию суицидального поведения в стрессовых ситуациях.

Что касается генной предрасположенности к развитию суицидального поведения, этому была посвящена большая презентация [11]. По данным авторов, причиной развития суицидальной попытки на 30–50% является геном, а остальную часть занимает воздействие окружающих факторов. Авторы проводят исключение большого количества генов, и в данное время отмечают 80 «генов кандидатов» по развитию суицидального поведения из возможных 200 вариантов. Надо отдать должное чувству юмора исследователей, которые относятся с должной критикой к такому большому разнообразию возможных причин. Кроме того, они же в последнее время стали рассматривать возможность мультигенной причины развития суицида.

Были проведены исследования в Украине с 2001 г. по 2006 г. Где были исследованы 660 «трио», т.е. семьи пациента, совершившего суицидальную попытку или какую-либо другую форму аутоагрессии, в которых оба родителя также совершали подобные действия в прошлом. Были проведены так называемые базовые семейные тесты (FBATS – family based association tests), которые давали возможность выделить определенные совпадения в генотипах.

Пациенты отбирались среди лиц, совершивших суицидальную попытку. Гендерные различия: 49% составляли женщины, 51% – мужчины, средний возраст 24 года. Основные диагнозы: 18% составляли лица с алкогольной и наркотической зависимостью, с депрессиями – 22%, тревогой – 27%, шизофренией и другими психозами – 13%. Данные исследования позволили сократить или, точнее сказать, выделить наиболее вероятные гены: CDH4, GNAS, CACNA1D, PALMD, EPB41L3, FAM134B. Кроме того, выделены генные ассоциации CACNA1D и PALMD, которые поддерживались VEGAS и GATES/min-P.

Низкое содержание серотонина и фактора роста приводит к новой схеме развития такого поведенческого фенотипа, как МДП со склонностью к более импульсивному принятию решений, большей подверженности стрессовым факторам и нарушенному восприятию окружающей действительности, что, в свою очередь, приводит к развитию более высокого риска развития суицидального поведения.

Суицидальные тенденции развиваются в половину раз чаще у пациентов с МДП при наличии снижения уровня CSF 5-HIAA [7]. Влияние содержания серотонина и нейромедиаторов на развитие суицидального поведения доказано в многочисленных исследованиях, кроме того, в настоящее время мы можем утверждать, что одни и те же медиаторы отвечают и за регуляцию настроения, и за проявление агрессии, и за формирование зависимостей.

Другими тенденциями в предотвращении суицидального поведения являются выборочное наблюдение за семьями, в которых высок риск развития суицидального поведения, и оказание им различных форм адресной помощи, в том числе проведение медикаментозного лечения и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Кроме развития суицидального поведения в детском и взрослом возрасте была хорошо представлена тема суицидов в пожилом и старческом возрасте. В этом разделе хотелось бы отметить выступление [7].

Были выделены отдельные своеобразные факторы риска, которые способствуют развитию данного поведения в возрастных группах старше 65 лет и старше 75 лет. По данным некоторых авторов, половина случаев совершения суицида связана с потребностью людей в пожилом возрасте в оказании помощи в таких обычных повседневных делах, как совершение покупок, готовка, уборка. При этом наличие помощника являлось выраженным предиктором в развитии суицидального поведения в группе пожилых людей старше 65 лет.

Факторами же риска в данной возрастной группе являлись такие типичные провоцирующие факторы, как ссоры в семье, одиночество, психические заболевания, депрессии, что является выраженным фактором риска как в возрастной группе старше 65 лет, так и в возрастной группе старше 75 лет. Соответственно, лечение антидепрессантами в течение года приводило к выраженному снижению риска суицида и сохранению жизни.

Данное исследование проводилось среди лиц в возрасте от 75 до 96 лет, совершивших суицидальную попытку и умерших в промежутке между 1994 г. и 2009 г., проживавших в провинции Парма, Италия. Сравнения проводились с аналогичными суицидальными случаями у лиц в возрасте от 50 до 64 лет, 65 до 74 лет. Изучались такие вопросы, как наличие суицидальных попыток в семье, соматическое здоровье, являлись ли причиной суицида стрессовые факторы, образование, социальное положение, финансовое положение, наличие помощи в решении хозяйственных вопросов и т.д.

Что характерно, в самой старшей возрастной группе чаще отмечалось наличие психического заболевания. Наиболее часто встречались диагнозы органических расстройств: в 68% случаев против 58% в возрасте от 65 до 74 лет и 36% в возрасте от 50 до 74 лет. Часто причиной суицидов являлись стрессовые факторы, причем в наиболее старшем возрастном коридоре они могли достигать 6-месячной давности. Большая часть из совершивших завершенную суицидальную попытку были вдовцами. Что характерно, большинство из данных исследуемых посещали врача общей практики в течение 6 месяцев, предшествовавших суициду: 93,7% в возрастной группе старше 75 лет, 92% в группе от 50 до 64 лет, 81,1% в средней возрастной группе.

Исходя из данного исследования, можно вывести факторы, которые помогут дифференцировать людей с наибольшей вероятностью развития риска суицидального поведения: это одинокие люди в возрасте от 50 до 64 лет или старше 75 лет, находящиеся в тяжелом материальном положении, имеющие те или иные психические расстройства, особенно аффективного и органического плана, которые перенесли психотравмирующую ситуацию в промежутке до 6 месяцев.

В психологической концепции Edwin S. Shneidman, созданной им в 1990-х гг., существуют основные типы «невыносимой психологической боли», наиболее часто приводящей к завершенному суициду: само тяжелое чувство физической боли, чувство стыда, тревоги, чувство одиночества, страха, тоски, боязнь надвигающейся старости и затянувшийся период умирания.

Отдельным разделом можно выделить нанесения самоповреждения, целью которых не является совершение суицидальной попытки. Эту тему открыл P. Plener [8]. Факторами риска в развитии аутоагрессивного поведения, не включающего суицидальные попытки, является юный возраст – около 12 лет, пиком является возраст от 16 лет до 20.

Парасуицидальным поведением, превалирующим в Германии, являются суицидальные мысли (14,4%), суицидальные попытки (7,9%), суицидальные планы (6,5%). Предикторами развития аутоагрессивного поведения в подростковой группе являются низкая поддержка в семье, нарастание уровня тревоги, низкая самооценка.

Кроме того, в исследовании было проведено разделение предикторов. Так, для нанесения самоповреждений, не имеющих своей целью суицидальные попытки, являются: раннее развитие самоповреждающих тенденций, ранний половой опыт и низкий

уровень социальной поддержки. Для суицидальных попыток но-зоспецифическими являются наличие суицидальных мыслей, поведенческие проблемы, отсутствие родительской поддержки. Как общие предикторы в данных случаях можно рассматривать принадлежность к женскому полу, ранее развитие суицидальных мыслей и попыток, гомо- и бисексуализм.

Исследования по теме суицидального поведения можно было найти и на постерной сессии, где кроме традиционных статистических сообщений были и новаторские. Среди таких постеров считаем интересным отметить работу [12] по выявлению корреляции между нанесением татуировок и совершением суицидальных попыток. В исследовании принимали участие пациенты психиатрической клиники Генуи, поступившие в период с октября 2012 г. по май 2013 г. после совершенной суицидальной попытки. Пациенты проходили опрос о стандартных предикторах развития суицидального поведения, наличии суицидальных попыток в прошлом и причинах и времени нанесения бодиарта. Было опрошено 36 пациентов, из них 21 женщина, средний возраст составил 45 лет. Три четверти всех пациентов имели тот или иной вид бодиарта, 18% имели и татуировки, и пирсинг. У 82,4% опрошенных были черные татуировки на спине с животным принтом. Также рассматривались причины, по которым пациенты наносили татуировки. Основными являлись аффективные колебания, следом за ними шла потребность отметить те или иные важные жизненные события, затем потребность выделить свои личностные качества. У 75% пациентов, которые имели и татуировки, и пирсинг, выявлялись тревожно-депрессивные расстройства, суицидальные попытки совершались более одного раза в жизни.

Новым разделом в изучении суицидального поведения можно считать топографические исследования эмоционального реагирования, выделенные в докладе Gil Zalsman [16]. Профессор начал свое сообщение с обнаруженных возрастных различий восприятия эмоций. Так, у подростков зона восприятия эмоций обнаружена в области Amigdala, а у взрослых – во фронтальной коре, что приводит к тому, что стрессовые факторы по-разному воздействуют на разные возрастные группы и могут приводить к различным формам импульсивного реагирования и помочь в распознавании и регуляции форм поведения.

Автор выделил топографические зоны, которые отвечают за формы реагирования. *Corpus callosum* связывает правую и левую гемисферу и принимает активное участие в обучении, формирова-

нии ощущений и принятии решений (Hofer и Frahm 2006 г.). Fornix-fimbria связывает Гиппокамп и сосочковые тела. Гиппокамп играет важную роль в формировании памяти как общей, так и эмоциональной. Оба этих отдела играют одну из важных ролей в формировании депрессии. Commissura anterior связывает лобную долю с височными долями и амигдалой в обеих гемисферах. Amigdala играет важную роль в процессе формирования эмоций, поэтому она может участвовать в формировании депрессии. Cingulum состоящий, из singular cortex и Гиппокамп, играет важнейшую роль в эмоциональных процессах и процессах когнитивного функционирования. Anterior cingulum является огромным участком в формировании «эмоциональных связей».

На этапе исследования находится в настоящее время работа, которая должна определить выраженность воздействия короткого и пролонгированного стресса на вещество Fiber Tract у обычной и генетически «депрессивной» мышки. У подопытного животного, названного Wistar Kyoto (WKY), во время проведения таких стрессовых тестов, как иммобилизация и плавание, отмечались такие симптомы тревожно-депрессивного расстройства, как потеря массы тела, нарушение сна и т.д., даже выявлялись парасуицидальные формы поведения, когда «депрессивная» мышь во время плавательного теста, в отличие от здоровой, прекращала плыть и замирала расправив лапки. Все вышеприведенные симптомы купировались назначением антидепрессантов. Кроме того, помогали сходные с психотерапевтическими методики, когда животное, проходя через определенное количество неудобств и дополнительных испытаний, достигало более комфортных условий. В ходе контрастной МРТ диагностики выявлялись изменения в вышеописанных участках головного мозга, что дает возможности развития новых подходов к терапии и диагностики депрессии и суицидального поведения. Следующим этапом будет гистологическое исследование головного мозга подопытных мышей и проведение новых испытаний. Будем с нетерпением ждать результатов.

В отдельный раздел выделена проблема развития суицидального поведения среди больных шизофренией. Этот раздел был отражен в докладе [13]. По данным Pompili (2007), 3–15% пациентов с шизофренией умирают в результате завершеного суицида. Факторы риска развития суицидального риска среди пациентов с шизофренией аналогичны таковым среди общей популяции. Интересным является факт, что наличие семьи не отражает-

ся на количестве завершенных суицидов. Как всегда, генетический фактор и наследственность играют важную роль в развитии суицидального поведения среди лиц, больных шизофренией. Выделяются отдельные факторы риска для пациентов, перенесших первый психотический эпизод: европейская раса; высокий уровень IQ; погруженность в переживания по поводу наличия психического заболевания; суицидальные попытки в анамнезе; начало заболевания; ранний период после установления диагноза.

Женщины с диагнозом шизофрении совершают суицидальные попытки чаще, чем мужчины: женщины в 29%, мужчины – 25%. Мужчины наносят себе более серьезные травмы при аутоагрессии. Наиболее частыми причинами развития суицидального поведения и совершении суицидальной попытки являются депрессивные симптомы, импульсивное поведение и наличие продуктивной симптоматики.

В заключение хотелось бы отметить, что из года в год на любой конференции по проблемам психического здоровья в той или иной мере представлены доклады о суицидах и суицидальном поведении. Ежегодно они разные. Проводится масса как социальных, так и генетических, топографических, биологических и т.д. исследований, мы получаем большое количество различных результатов [1, 2, 4, 5, 9, 14]. Несмотря на различные программы по профилактике суицидов, данная тема остается крайне актуальной для настоящего времени и ближайшего будущего. В многочисленных докладах Европейского съезда психиатров 2014 г. были раскрыты темы суицидального поведения в различных возрастных группах, социальных слоях, у лиц, имеющих различные формы психических расстройств, и, что характерно, многие авторы говорили о начале своих исследований и программ и о том, что более подробные результаты будут в последующие годы. Будем ждать новых открытий, тенденций и программ, которые помогут если не предотвратить полностью, то хотя бы заметно снизить высокий уровень суицидов в мире.

Благодарности

Авторы выражают благодарность компании «Сервье» в лице доктора F. Camus, а также куратору академии WPA-Servier, региональному представителю ВПА в Восточной Европе профессору П.В. Морозову за предоставленную возможность участия в работе 22-го конгресса Европейской психиатрической ассоциации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Angst J. Can we explain the gender GAP in suicidal behavior? *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
2. Bowen R.C., Balbuena L., Peters E., Mewis C., Baetz M. The relationship between mood instability and suicidal thoughts. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
3. Coppens E., Van Audenchove C., Arensman E., Coffey C. General practitioner training as an effective intervention to prevent depression and suicide: results of the OSPI-Europe intervention in 4 European countries. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
4. Coppola L., Ressico F., Castello L., Avanzi G., Gramaglia C., Zeppegno P. Predictors of suicidal behaviors: analysis of four years of emergency room psychiatric consultation. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
5. Kaess M., Nakar O., Park J., Fisher G., Parzer P., Resch F., Brunner R. Trajectories of adolescent deliberate self-harm and the relationship to borderline personality pathology. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
6. Lubov E., Kulygina M. Suicide prevention and risk groups detection: current challenges and solutions. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
7. Mann J.J. Progress in suicide prevention: what have we achieved in the past 30 years? *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
8. Plener P. The timing of (non) suicidal self-ingury. Staring and continuing non-suicidal self-injury and suicidal behavior. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
9. Pompili M., Innamoraty M., Girardibi P., Amore M. Suicide in old elderly. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
10. Shyamsundar G. Association between hazardous drinking and suicidal attempts among men attending emergency medical care service with suicidal attempts. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
11. Sokolovski M., Wasserman D., Wasserman J. Gene X environment interaction in suicidal behavior. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
12. Solano P., Maganoli M., Pizzoro E., Respino M., Rmosi G., Innamorati M., Amore M. Suicidal attempts and «body-art»: is there any correlation? A preliminary study. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
13. Vavrusova L., Forgacova L., Herenticova-Marsalova A. Risk factors for suicide in early stage of schizophrenia. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
14. Wasserman D. Practical training for evaluation of suicidal risk. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
15. Zalsman G. Diagnosis and treatment of suicidal behavior in children and adolescents. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
16. Zalsman G. Genetic of suicidal behavior: Interaction of gene, environment and timing in adolescents' depression. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.

REFERENCES

1. Angst J. Can we explain the gender GAP in suicidal behavior? *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
2. Bowen R.C., Balbuena L., Peters E., Mewis C., Baetz M. The relationship between mood instability and suicidal thoughts. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.

3. Coppens E., Van Audenchove C., Arensman E., Coffey C. General practitioner training as an effective intervention to prevent depression and suicide: results of the OSPI-Europe intervention in 4 European countries. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
4. Coppola L., Ressico F., Castello L., Avanzi G., Gramaglia C., Zeppegno P. Predictors of suicidal behaviors: analysis of four years of emergency room psychiatric consultation. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
5. Kaess M., Nakar O., Park J., Fisher G., Parzer P., Resch F., Brunner R. Trajectories of adolescent deliberate self-harm and the relationship to borderline personality pathology. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
6. Lubov E., Kulygina M. Suicide prevention and risk groups detection: current challenges and solutions. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
7. Mann J.J. Progress in suicide prevention: what have we achieved in the past 30 years? *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
8. Plener P. The timing of (non) suicidal self-ingury. Staring and continuing non-suicidal self-injury and suicidal behavior. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
9. Pompili M., Innamoraty M., Girardibi P., Amore M. Suicide in old elderly. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
10. Shyamsundar G. Association between hazardous drinking and suicidal attempts among men attending emergency medical care service with suicidal attempts. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
11. Sokolovski M., Wasserman D., Wasserman J. Gene X environment interaction in suicidal behavior. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
12. Solano P., Maganoli M., Pizzoro E., Respino M., Rmosi G., Innamorati M., Amore M. Suicidal attempts and «body-art»: is there any correlation? A preliminary study. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
13. Vavrusova L., Forgacova L., Herenticova-Marsalova A. Risk factors for suicide in early stage of schizophrenia. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
14. Wasserman D. Practical training for evaluation of suicidal risk. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
15. Zalsman G. Diagnosis and treatment of suicidal behavior in children and adolescents. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.
16. Zalsman G. Genetic of suicidal behavior: Interaction of gene, environment and timing in adolescents' depression. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*. Munich, 2014.

Краснова П.В., Денисенко М.М. Отражение проблем суицидов и суицидального поведения на 22-м Европейском конгрессе психиатров // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 112–126.

Аннотация. На 22-м Европейском конгрессе психиатров были рассмотрены различные аспекты развития суицидального и других форм аутоагрессивного поведения, отражен прогресс, достигнутый за последние 30 лет, и представлены направления, в которых проводится изучение в настоящее время.

Ключевые слова: суициды, предикторы, генетика, топография, гормоны.

Информация об авторах:

Краснова Полина Владимировна, психиатр, Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии Минздрава Республики Казахстан. Казахстан, 050022, Алматы, ул. Амангельды, 88. Тел. +7 7272 724832.

Денисенко Михайло Михайлович, кандидат мед. наук, старший научный сотрудник, Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук. Украина, 61068, Харьков, ул. Академика Павлова, 46. Тел. +380506331470. *mdenisenko@ukr.net*.

Krasnova P.V., Deniseko M.M. Otrazhenie problem suitsidov i suitsidal'nogo povedeniya na 22-m Evropeiskom kongresse psikhiatrov [Reflection of suicide and suicidal behavior problems at 22nd European Congress of Psychiatrists] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 112-126.

Abstract. The 22nd European Congress of psychiatrists considered various aspects of suicidal and other forms of self-aggressive behavior, reported on the progress made over the past 30 years and reflected different tendencies in current scientific research.

Keywords: suicide, predictors, genetics, topography, hormones.

Information about authors:

Krasnova Polina, M.D., psychiatrist, Republican Scientific and Practical Center for Psychiatry, Psychotherapy and Narcology, Ministry of Health, Republic of Kazakhstan. 88, Amangeldy st., Almaty, 050022, Kazakhstan. Tel. +7 7272 2724832.

Denisenko Mikhailo, M.D., PhD in Medicine, senior researcher, Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences, Ukraine. 46, Pavlov st., Kharkov, 61068, Ukraine. Tel. +380506331470. *mdenisenko@ukr.net*.

Поступила: 12.12.2014

Received: 12.12.2014

УДК 159.943:616.89-08.441.44
ББК Ю936.2-521.2

СУИЦИДАЛЬНЫЙ ГЕШТАЛЬТ¹

Л.Н. Юрьева

*Днепропетровская медицинская академия Минздрава Украины,
Днепропетровск, Украина*

Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить – значит ответить на фундаментальный вопрос философии.

Альбер Камю

Ответ на вопрос «Почему человек совершает самоубийство?» величайшие умы человечества ищут со времен Древней Греции. Однозначный ответ так и не найден. А на ставший хрестоматийным вопрос – утверждение лауреата Нобелевской премии Альбера Камю каждый отвечает по-своему [1].

В статье авторы поставили перед собой цель определить, какое место в генезе самоубийства занимает отношение к смерти, и описать структуру психологических защит от страха смерти у лиц с однократными и многократными суицидальными попытками.

Является ли страх смерти санкционирующим или лимитирующим фактором для завершения суицидального гештальта выжившим пациентом?

В гештальтпсихологии есть понятие «фигура» и «фон». В зависимости от того, какой предмет (или проблема) занимает передний план, мы и видим общую картину происходящего. При перемене взгляда и перемене позиций изучаемых явлений картина мира меняется, что позволяет с новой точки зрения посмотреть на происходящее. Традиционно в отечественной психиатрии суици-

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

дальный акт занимал позицию «фигуры», а социокультурный и исторический контекст отодвигался на задний план. Даже не на второй, а именно на задний, так как второй план занимали биологические, психологические, психопатологические и микросредовые факторы, на фоне которых и изучались причины суицидального поведения.

Рассмотрение суицидального поведения в историческом и онтогенетических аспектах позволяет выйти за узкие рамки психологических и психопатологических трактовок этого феномена и выявить ряд факторов, знание которых необходимо для профилактики суицидов. Эта проблема приобретает чрезвычайную актуальность в периоды исторических социокультуральных изменений, когда среди суицидентов соотношение душевно здоровых и больных изменяется и резко возрастает количество лиц, потерявших личностный, социальный и экономический статус в результате исторических перемен в обществе [3, 4].

В связи с этим особую актуальность приобретает изучение генеза осознанной суицидальности. Чаще всего поиск причин суицидального поведения фокусируется на изучении психологических и психопатологических особенностей личности, которые и являются основой для разработки индивидуальных коррекционных и профилактических программ. Но при изучении генеза осознанной суицидальности необходимо рассмотрение этого феномена совершенно в другом масштабе – в масштабе истории и общества. Осознанный суицидальный акт – это сюжетпохальный поведенческий феномен, являющийся результатом не только биологических и психологических характеристик личности, но и жизненных сценариев и опыта предшествующих поколений, а также коллективного бессознательного. Он является также отражением исторической эпохи и ментальности общества (форма религиозности, отношение к миру земному и миру трансцендентному, восприятие смерти и болезни, отношение к богатству и бедности, отношение к старости, понятие героизма, бесчестия и т.д.) [5].

Самоубийство является поведенческим актом, который в каждую историческую эпоху имеет свою специфическую семантику сознания, которая определяется эволюцией ментальности в самом широком смысле этого слова и взаимосвязью таких фундаментальных категорий, как «Я», «Мое» и «Смерть». Р. Мейли считал, что «Мое» является важнейшей составляющей «Я», хотя и не тождественно ему. «Мое» значительно шире и включает в себя экзи-

стенциальные (мысли, воспоминания, смысл жизни), морально-этические (совесть, честь, стыд, доблесть) и социальные категории (работа, место и роль в социуме и т.п.). Это ментальная территория, которую человек защищает и при ее утрате чувствует себя лишенным чего-то. «Мое» является источником побуждений «Я» и в основе субъективной иерархии ценностей лежит структура «Мое» [2].

Среди разнообразных мотивов и причин самоубийства сохранение категории «Мое» и личностного «Я» за счет умерщвления телесного «Я» характерно для высшего, личностного уровня развития человека.

Осознанный суицидальный акт – это прежде всего осознанное лишение себя жизни в кризисной для личности ситуации, когда возникает угроза не только для категории «Я», но и для категории «Мое». Человек воспринимает ситуацию как кризисную, когда возникает потенциальная или реальная угроза его фундаментальным потребностям. Причем это могут быть как реальные события (смерть значимого близкого, фатальное заболевание, потеря работы, семьи или социального статуса и т.д.), так и экзистенциальные (потеря смысла жизни, аномия, утрата чести, стыд и т.д.). Характерно, что для сохранения личностного «Я» и категории «Мое» человек убивает свое телесное «Я», осознавая конечность бытия и преодолевая страх смерти.

Нам выпало жить в «эпоху перемен». К сожалению, рост уровня суицидальной смертности является одним из продуктов этой эпохи. Знание о психологических тенденциях развития личности в неблагоприятной исторической ситуации, а также знание закономерностей исторического персонотенеза позволяет прогнозировать стратегии поведения личности в условиях социально-экономического и духовного кризиса. Описанные нами профилактические и психокоррекционные программы профилактики суицидального поведения, включающие не только методы психотерапии и психокоррекции, но и методы социально-исторической коррекции, представляются актуальными на данном витке Истории [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Камю А. Бунтующий человек. Философия, политика, искусство: пер. с фр. М.: Политиздат, 1990. С. 358–361.
2. Мейли Р. Различные аспекты «Я» // Психология личности. Тексты / под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, А.А. Пузыря. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. С. 132–141.

3. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
4. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев: Сфера, 2004. 272 с.
5. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006. 472 с.

REFERENCES

1. Camus A. L'Homme révolté. Paris: Les Éditions Gallimard, 1951, 382 p. (Russ. ed.: Kamyu A. Buntuyushchii chelovek. Filosofiya, Politika, Iskusstvo. Moscow, Politizdat Publ., 1990, pp. 358–361).
2. Meili R. Anfänge der Charakterentwicklung. Bern; Stuttgart: Hubert, 1957. 177 s. (Russ. ed.: Meili R. Psikhologiya lichnosti. Teksty. Moscow, Moscow University Publ., 1982, pp. 132–141).
3. Nikolaev E.L. *Pogranichnye rasstroistva kak fenomen psikhologii i kul'tury* [Borderline disorders as phenomenon of psychology and culture]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2006, 384 p.
4. Yur'yeva L.N. *Istoriya. Kul'tura. Psikhicheskie i povedencheskie rasstroistva* [History. Culture. Mental and behavioral disorders]. Kiev, Sfera Publ., 2004. 272 p.
5. Yur'yeva L.N. *Klinicheskaya suitsidologiya* [Clinical suicidology]. Dnepropetrovsk, Porogi Publ., 2006, 472 p.

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

Аннотация. В комментарии к статье Чистопольской К.А. и Ениколопова С.Н. «Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов» приводится авторское видение генеза осознанной суицидальности в историко-культуральном дискурсе. Самоубийство рассматривается в контексте таких фундаментальных категорий, как «Я», «Мое» и «Смерть». Предложены профилактические и психокоррекционные программы профилактики суицидального поведения, включающие не только методы психотерапии и психокоррекции, но и методы социально-исторической коррекции.

Ключевые слова: генез осознанной суицидальности, историко-культуральный дискурс, социально-историческая коррекция.

Информация об авторе:

Юрьева Людмила Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, академик АН ВО Украины, заведующая кафедрой психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины». Украина, 49115, Днепропетровск, ул. Бехтерева, 1. Тел. +380 56 7534656. lyuryeva@a-teleport.com.

Yur'yeva L.N. Suitsidal'nyi geshtal't [Suicidal gestalt] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 127–131.

Abstract. The article provides a commentary to the article by Chistol'skaya K. and Enikolopov S. "Death attitudes after a suicide attempt: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients" where the author represents her vision of conscious suicidality genesis within the historical-cultural discourse. Suicide is considered in the context of such fundamental categories as «Ego», «Mine» and «Death». The article offers special psychological and suicidal behavior preventive programs which include various methods of psychotherapy and psychological interventions as well as socio-historically based intervention methods.

Keywords: genesis of conscious suicidality, historical and cultural discourse, socio-historical interventions.

Information about author:

Yur'yeva Lyudmila, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Member of Academy of Sciences for Higher Education of Ukraine, Head of Psychiatry Department of Postgraduate Faculty, Dnepropetrovsk Medical Academy, Ministry of Health, Ukraine. 1, Behtereva st., Dnepropetrovsk, 49115, Ukraine, Tel. +380 56 7534656. *lyuryeva@a-teleport.com*.

Поступила 29.12.2014

Received 29.12.2014

УДК 613.816-021.462

ББК Ю974.216

АМБИВАЛЕНТНАЯ ДУША

Д.И. Шустов¹, О.Д. Тучина²

*¹ Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия*

² Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Монография «Психотерапия алкогольной зависимости», предисловие к которой перед вами, задумывалась как «еще одно» руководство по психотерапии алкогольной зависимости, продолжающей наши прежние изыскания в этой области [3, 4]. Нам хотелось акцентировать внимание на редком для отечественной психотерапевтической культуры пути исцеления психики зависимого через формирование излечивающих отношений с терапевтом.

Будучи психотерапевтами и представляя свою точку зрения, нам показалось важным «услышать» и вторую сторону – компетентное мнение алкоголика, выраженное понятным и даже литературным языком. Поэтому, иллюстрируя положения книги, мы прибегли к свидетельствам известных и малоизвестных русских писателей-алкоголиков, а также таких писателей, как Максим Горький, имеющих алкогольную душу, но так и не посмевших, к счастью, наверное, ее реализовать.

Возможно, слово «посмевших» звучит с оттенком вызова, как будто кто-то пренебрег своей великолепной потенцией, растратил свой талант, свой божественный дар и не оправдал ожидания современников, не отразившись, как Есенин, во всей мрачной истерической красоте алкогольного безумия. Вспоминаются слова скромного и «тихого» алкоголика Юрия Павловича Казакова, сказанные им в изумительном по чистоте, красоте слога и полном любви рассказе «Во сне ты горько плакал» по поводу суицидальной смерти своего соседа по даче в Абрамцево, сказанные с затаенным восхищением и, может быть, завистью:

«Ружье висело на стене. Он снял его, почувствовал холодную тяжесть, стылость стальных стволов. Цевье послушно легло в левую ладонь. Туго подался под большим пальцем вправо язычок замка. Ружье переломилось в замке, открывши, как два тоннеля, затыльный срез двух своих стволов. И в один из стволов легко, гладко вошел патрон. Мой патрон!

По всему дому горел свет. Зажег свет он и на веранде. Сел на стул, снял с правой ноги башмак. Со звонким в гробовой тишине щелчком взвел курок. Вложил в рот и сжал зубами, ощущая вкус маслянистого холодного металла, стволы...

Да! Но сразу ли сел и снял башмак? Или всю ночь простоял, прижавшись лбом к стеклу, и стекло запотевало от слез? Или ходил по участку, прощаясь с деревьями, с Яснушкой (рекой. – *Авт.*). С небом, со столь любимой своей баней? И сразу ли попал пальцем ноги на нужный спусковой крючок или, по всегдашней неумелости своей, по наивности нажал не на тот крючок и долго потом передыхал, утирая холодный пот и собираясь с новыми силами? И зажмурился ли перед выстрелом или до последней аспидной вспышки в мозгу глядел широко раскрытыми глазами на что-нибудь?

Нет, не слабость – великая жизненная сила и твердость нужны для того, чтобы оборвать свою жизнь так, как он оборвал!»

Сосед, тоже писатель, не страдал алкоголизмом. Но как описывает его смерть Казаков! Как будто он присутствовал, предварительно снабдив друга патронами. И все было скорее не так, но нам важно как алкогольная психика Казакова, его душа водит пальцами по бумаге, помогая выразить торжественную радость, восхищение, вину, надежду, что кто-то сделал за него то, что он должен был сам сделать с собой. Но не сделал. Сделал другое – в своей «абрамцевской запойной тьме»:

«Он выгнал жену, без сожаления отдал ей сына, о котором так дивно писал, похоронил отца, ездившего по его поручениям на самодельном мопеде. С ним оставалась лишь слепая, полуневменяемая мать. Он еще успел напечатать пронзительный рассказ «Во сне ты горько плакал», его художественная сила не только не иссякла, но драгоценно налилась...»¹ И умер от цирроза печени.

Но возвращаясь к Горькому – лучше бы он стал алкоголиком! Но вот Фадеев² стал, поддавшись горьковскому мобилизационному призыву: «С кем вы, «мастера культуры»?», – что не спасло его от рокового выстрела.

¹ Нагибин Ю. Дневник. М.: Книжный сад, 1996.

² Александр Фадеев, автор «Молодой гвардии», запойный алкоголик и сталинский «начальник» всех советских писателей, обидевшись на критику и лишение должности, застрелился (см. его предсмертное письмо в ЦК в 1956 г.), открыв таким образом новый способ решения проблем и для дочери (застрелилась в 1992 г.).

В поисках второго отражения мы были обречены увязнуть в душе русского алкоголика. И мы поразились, сколько незамеченного, низменного и грязного соседствует с возвышенным, которое никогда не проявится, умрет «На дне»³, поскольку писательский талант – редкость, и он не излечивает, а только позволяет показать изначальную красоту, которую невозможно пропить.

И это страшная правда зависимости, что красота никого не спасет.

А мать? Мать не спасет алкоголика. Этот неожиданный тезис писатели сообщили нам через материнские «флэшбеки» в своих произведениях. Напомним, что «флэшбеками» при посттравматическом стрессовом расстройстве называются вторжения ранее пережитого ужаса, ситуации психической травмы в настоящее с повторным и болезненным переживанием его заново. Алкоголики часто обращаются к этому образу, как ээки, накальвающие «Не забуду мать родную», иногда прямо – «Ты еще жива, моя старушка?» (Есенин) или «Мне мама сама давала иногда опохмелиться» (Фадееву с 16 лет)⁴, иногда через искаженный, уродливый образ, выведенный, будто случайно, как у Куприна в «Славянской душе» – «странное существо... женщина лет пятидесяти с лишним, в лохмотьях. Избитая и бессмысленная... Отец с трудом пришел в себя от изумления. Он долго и горячо толковал Ясю, что надо сойти с ума, чтобы жениться на такой твари». Есть еще много примеров тому, что глубокая регрессия, достигаемая в интоксикации алкоголиками, обращена к ранним отношениям с матерью, с попыткой изменить эти отношения и найти балинтовское «новое начало» [2].

Но «новое начало» – это не изменение матери, которого скандально требуют алкоголики⁵, порой награждая матерей упреками и побоями, это скорее потерянный самим алкоголиком путь, возможность, которая существовала поодаль алкогольного выбора, но которую будущий алкоголик проигнорировал. Мы думаем, что если такая возможность еще сохранилась в маловостребованных

³ Название пьесы Максима Горького и метафора сообщества анонимных алкоголиков, означающих некую точку, ниже которой невозможно падение и от которой начинается процесс выздоровления.

⁴ Цит. по: Шувалов А.В. Безумные грани таланта: Энциклопедия патографий. М.: АСТ; Астрель; Люкс, 2004.

⁵ И верующие в доктрину созависимости психологи-ортодоксы.

нейронных сетях, не уничтоженных синаптическим прунингом⁶ [5], то и кардинальное выздоровление может случиться, хотя если выбор был сделан слишком рано – улучшение возможно как опережающий «бег вверх по эскалатору, идущему вниз» [1].

Психотерапия предлагает новые отношения и обозначает безопасные пункты для находящихся на минном поле. В этих пунктах можно отдохнуть чуть дольше, чем между запоями, наметить новую тропу, а то и пригласить проводника, чтобы, наконец, выбраться из этого болота. Психотерапия также может воодушевить алкоголика покинуть заколдованное место самому – и не в результате инфаркта или суицида, а в результате трансформации и полета.

Об этом пойдет речь в книге.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горски Т. Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва. М: Институт общегуманитарных исследований, 2013.
2. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995.
3. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2004.
4. Шустов Д.И. Руководство по клиническому транзактному анализу. М.: Когито-Центр, 2009.
5. Selemo L.D. A role for synaptic plasticity in the adolescent development of executive function. *Transl Psychiatry* 2013; 3: e238; published online 5 Mar 2013. <http://dx.doi.org/10.1038/tp.2013.7>.

REFERENCES

1. Gorski T. *Put' vyzdorovleniya. Plan deystviy dlya predotvrashcheniya sryva* [Understanding the Twelve Steps: An Interpretation and Guide for Recovering] (Russian). Moscow, Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2013.
2. Raykroft C. *Kriticheskiy slovar' psikhoanaliza* [Critical Dictionary of Psychoanalysis] (Russian). Saint Petersburg: Vostochno-Evropeyskiy Institut Psikhoanaliza, 1995.
3. Shustov D.I. *Autoagressiya, suitsid i alkogolizm* [Autoaggression, suicide and alcoholism] (Russian). Moscow: Kogito-Tsentr, 2004.
4. Shustov D.I. *Rukovodstvo po klinicheskomu transaktnomu analizu* [Manual on Clinical Transactional Analysis] (Russian). Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2009.
5. Selemo L.D. A role for synaptic plasticity in the adolescent development of executive function. *Transl Psychiatry*, 2013; 3: e238; published online 5 Mar 2013. Available at: <http://dx.doi.org/10.1038/tp.2013.7>.

⁶ Массированное сокращение малоиспользуемых синапсов, приводящее к значительной утрате серого вещества мозга: около 50% нейронов теряются с момента рождения к возрасту 25 лет (Selemo L.D., 2013)

Шустов Д.И., Тучина О.Д. Амбивалентная душа // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 1. С. 132–136.

Аннотация. В предисловии к монографии «Психотерапия алкогольной зависимости» авторы касаются таких амбивалентных аспектов души больных алкоголизмом, как возвышенное эмпатическое проникновение в трагическую сущность суицидального выбора, с одной стороны, и инфантильная ненависть к материнскому интроекту – с другой. Обсуждается роль психотерапевтических взаимоотношений как излечивающей альтернативы творческому самовыражению и поискам «идеальной» семьи. Подчеркивается роль личного выбора.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкогольная личность, психотерапия, терапевтические отношения.

Информация об авторах:

Шустов Дмитрий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России; Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Тел. +7 8-4912-754373. dmitri_shustov@mail.ru.

Тучина Ольга Дмитриевна, ассистент кафедры психотерапии и медико-социальной реабилитации в наркологии ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»; Россия, 109559, г. Москва, ул. Ставропольская, 27. Тел. +7 89262005505. shtuchina@gmail.com.

Shustov D.I., Tuchina O.D. Ambivalentnaya dusha [Ambivalent soul] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 1, pp. 132–136.

Abstract. In the preface to a monograph «Psychotherapy for Alcohol Dependence» its authors consider such ambivalent aspects of the soul of alcoholic patients as elevated empathic insight into tragic essence of suicidal choice, on the one hand, and an infantile hatred to mother's introject, on the other. The authors discuss the role of psychotherapy relationships as healing alternative to artistic self-expression and search for an «ideal family». The role of patient's personal choice is emphasized.

Keywords: alcohol dependence, alcoholic personality, psychotherapy, therapeutic relationship.

Information about authors:

Shustov Dmitri, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Psychiatry Department, Ryazan State Medical University; 9, Vysokovoltnaya ul., Ryazan, 390026, Russia, Tel. +7 8-4912-754373; dmitri_shustov@mail.ru.

Tuchina Olga, M.D., Assistant Lecturer of the Department of Medical and Social Rehabilitation in Narcology, Peoples' Friendship University of Russia; 27, Stavropolskaya ul., Moscow, 109559, Russia, Tel. +7 89262005505; shtuchina@gmail.com.

Поступила: 12.12.2014

Received: 12.12.2014

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

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

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

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

Вид, структура и объем статей.

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

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

Краткое сообщение – до 2000 слов текста самой статьи и 15–20 библиографических ссылок. Представляет собой короткую статью о новых результатах, не содержащую детального описания эксперимен-

та. Также принимаются материалы, относящиеся к описаниям клинических случаев, обзорам конференций и других мероприятий, хроника мероприятий и событий и рецензии.

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

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

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

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

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

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

2) самой статьи, на первой странице которой имеются подписи всех авторов с расшифровкой. Статья может быть подписана одним из авторов, который берет на себя ответственность и ставит подпись с

расшифровкой и припиской «Согласовано со всеми авторами». Посылается в редакцию в бумажном или отсканированном виде (только первая страница с подписями);

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

4) заполненного и подписанного всеми авторами лицензионного договора, который отправляется в редакцию.

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

ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ (16+)

2015
Т. 11, № 1

Редактор *Н.И. Завгородняя*
Технический редактор *Н.Н. Иванова*

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

Сдано в набор 02.02.15. Подписано в печать 18.03.15. Выход в свет 25.03.15.
Формат 60×84/16. Бумага писчая. Гарнитура Cambria. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 8,1. Уч.-изд. л. 7,4.
Тираж 100 экз. Заказ № 359. Свободная цена.

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