

ISSN 1993-1298

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ
ЧУВАШИИ

Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii

The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology

Психиатрине психологин чăваш хыпарçи

Том 12 • № 2

Volume 12 • Number 2

2016

Вестник психиатрии и психологии Чувашии

**Ежеквартальный
рецензируемый научно-
практический журнал**

Издается с 2005 года

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

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

Осуществляет
информационную
поддержку Российского
общества психиатров
и Российского
психологического
общества

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

Адрес редакции:
428015 Чебоксары,
Московский пр., 15

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

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

Главный редактор

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

Зам. главного редактора

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

проф. А.М. Карпов (Казань, Россия)

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

проф. В.Н. Краснов (Москва, Россия)

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

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

Редакционный совет

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

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

проф. М.А. Асимов (Алматы, Казахстан)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

д-р мед. К. Мураяма (Фукуока, Япония)

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

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

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

проф. В. Рутц (Стокгольм, Швеция)

проф. Т. Сёрли (Тромсё, Норвегия)

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

д-р филос. С. Эванс (Нью-Йорк, США)

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

© Вестник психиатрии и психологии Чувашии, 2016

Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii

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

Since 2005

Founder and publisher:
The Ulianov Chuvash
State Univerity

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

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

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

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

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

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

Editor-in-chief

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

Deputy editor

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

Editorial Board

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

International Editorial Council

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

G. Rezvy, M.D., Ph. D. (Bodø, Norway)

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

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

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

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

Содержание

От редактора

- 6 Здоровье и благополучие родственника больного:
только ли генетические риски?..

Е.Л. Николаев

Социальная и клиническая психиатрия

- 13 Социально-психологические проблемы
родственников больных с деменцией
*Е.Б. Гайворонская, О.Ю. Ширяев,
С.В. Кистенев, Е.В. Черенкова*
- 27 Социально-биологическая и клиническая характеристика
обострений депрессий в условиях северного региона
Т.Л. Кот

Вопросы аддиктологии

- 38 Социально-поведенческие характеристики
аутоагрессивных проявлений
среди студенческой молодёжи
Н.И. Комиссарова

Психология здоровья

- 54 Качество жизни, связанное со здоровьем,
у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями
Е.Ю. Лазарева

Личность и болезнь

- 65 Особенности тревожно-депрессивных состояний
у пациентов с критической ишемией
артерий нижних конечностей
*И.О. Логинова, Н.В. Попенко,
Д.В. Черданцев, В.А. Сакович, А.Н. Попенко*

Психотерапия и консультирование

- 77 Дистанционная психологическая помощь:
обзор современных возможностей и ограничений
Д.В. Гартфельдер

- 97 **Информация для авторов**

Contents

Editorial

- 6 Health and well-being of a patient's relative:
are there only genetic risks?..

E. Nikolaev

Social and clinical psychiatry

- 13 Social and psychological problems
of the dementia patients' relatives

*E. Gayvoronskaya, O. Shiriaev,
S. Kistenev, E. Cherenkova*

- 27 Social, biological and clinical characteristics of depression
exacerbations in a northern region

T. Kot

Addictology issues

- 38 Social and behavioral characteristics
of auto-aggressive manifestations
in university youth

N. Komissarova

Health psychology

- 54 Health-related quality of life
in cardiovascular patients

E. Lazareva

Personality and disease

- 65 Specific features of anxiety and depression
in patients with critical ischemia of lower extremity arteries

*I. Loginova, N. Popenko,
D. Cherdantsev, V. Sakovich, A. Popenko*

Psychotherapy and counseling

- 77 Capabilities and limitations
of modern telepsychology: an overview

D. Hartfelder

- 97 **Instructions for contributions**

УДК 364-785:159.9]:616-055-052

ББК Ю979-99

ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ РОДСТВЕННИКА БОЛЬНОГО: ТОЛЬКО ЛИ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ РИСКИ?..

Е.Л. Николаев

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

Традиционно внимание медицины сосредоточено на состоянии здоровья человека, страдающего от определённых патологических состояний и болезней. На него, пациента, направлены все последние достижения современной медицины и смежных с ней отраслей знаний как в области диагностики, так и лечения. Однако, как показывает опыт современного здравоохранения, односторонний биомедицинский подход не может обеспечить необходимой эффективности в лечении болезней и их профилактики в долгосрочной перспективе.

Например, одним из мощных направлений научного поиска в биомедицинских исследованиях является определение генетического риска развития патологии у родственников больного, страдающего тяжёлым заболеванием. Показано, что изучение таких рисков для родственников больного может помочь установить важные данные о вероятных причинах самого заболевания. Даже умеренное увеличение риска для родственников пациента в сравнении с родственниками лица без заболевания не может наблюдаться без наличия сильных факторов риска семейного характера. Изучение рисков для родственников в зависимости от силы генетических, экологических факторов и факторов совместного проживания с пробандом может помочь установить, имеют ли семейные факторы риска более вероятную генетическую и (или) экологическую этиологию. В особенности это важно при изучении специфических генов и воздействий внешней среды не в одной, а в нескольких семьях [1].

Однако исследования последних десятилетий показывают важность изучения родственников пациента с учётом не только генетической составляющей негативного воздействия, но и негативных влияний фактора болезни пациента на его собственное здоровье (что вполне понятно) и психическое здоровье и психологическое благополучие его ближайшего окружения, чаще – членов

семьи и близких родственников, находящихся с ним в постоянном тесном контакте и обеспечивающих уход за пациентом.

Больше всего подобных исследований проведено в рамках гериатрической психиатрии и онкологии, при этом специалистами многих стран в течение нескольких десятилетий изучаются негативные психологические последствия ухода за дементными [9] и раковыми пациентами [4, 8] для их близких или лиц, осуществляющих уход за больными.

В частности, уход за терминальными пациентами, страдающими болезнью Альцгеймера, сопровождается развитием у ухаживающих эмоциональных нарушений вплоть до выраженных депрессивных состояний. При этом близкие ощущают свою «круглосуточную» вовлеченность в уход за больным, у них возникают вынужденные мысли об уходе с работы. После завершения ухода за родственником после его смерти симптомы депрессии уменьшаются, но сохраняются в течение последующего года [9].

У родственников больных злокачественной глиомой головного мозга отмечено принятие на себя повышенной ответственности за болезнь и выживание пациента, отчего они ощущают себя сверхистощёнными. Непредсказуемость ситуации порождает у них частый страх и тревогу [9]. Родственникам онкологических пациентов также часто недостаёт информации о том, как правильно вести себя с пациентом, как правильно осуществлять уход. Не менее важна для них и эмоциональная поддержка со стороны профессионалов [4].

Еще одним психиатрическим состоянием, при котором родственники больного значительно вовлечены в болезнь близкого, являются ранние психозы. В Великобритании действует специальная служба поддержки для родственников таких больных. Но, как показывают исследования, она также показывает недостаточную эффективность. Необходимы четкие рекомендации для персонала психиатрических служб, обращение с родственниками больных как с партнерами, обеспечение родственников большей информацией по проблеме заболевания. Родственникам также необходима большая поддержка, а специалистам психиатрических служб – обучение по вопросам обращения с родственниками больных и последствий психоза [11].

Совместное проживание с больным, перенёсшим инсульт, влияет практически на каждый аспект повседневной жизни и оказывает большое воздействие на внутрисемейную обстановку. Родственникам больного среднего возраста приходится смиряться с тем, что меняются их жизненные планы и перспективы. Они проходят через внутреннюю борьбу между самоотречением и новым поиском себя в новой семейной ситуации. Даже если они сохраняют чувство свободы, в жизни они начинают видеть ограничения [1]. Родственники пациентов, ухаживающие за своими близкими с постинсультными состояниями, проявляют высокие показатели эмоционального напряжения, которое в большей мере связано с тем, как они сами воспринимают данную ситуацию, а не с объективными факторами тяжести состояния их близкого, нуждающегося в помощи [13].

Болезнь Паркинсона, являясь прогрессирующим нейродегенеративным расстройством, также влияет на повседневную жизнь родственников больного. Они вынуждены приспосабливаться к изменению своих социальных ролей, привычек, изменяется характер их социального взаимодействия, нарастают напряжение и тревога о будущем [12]. Схожие изменения в качестве жизни наблюдаются и у родственников больных псориазом [3].

В тяжелом психоэмоциональном состоянии находятся и родственники больных с целиакией (непереносимостью глютена). Помимо того, что ежедневно им приходится выполнять большой объем физической работы, они значительно ограничены в свободе действий и постоянно находятся в состоянии вины из-за отсутствия у них подобной болезни [10].

Может возникнуть вопрос – насколько родственники незаметны в такой жизненной ситуации? Могут ли, к примеру, друзья заменить родственников в уходе за тяжелобольным пациентом? Исследования, проведенные в китайской провинции Цинхай, свидетельствуют, что, несмотря на то, что и друзья, и родственники могут давать человеку одинаковую поддержку, друзья, тем не менее, не могут рассматриваться в качестве равноценной замены родственникам [14].

Исследователи, изучающие вопросы психологического благополучия родственников больных, едины во мнении о том, что не

только сам тяжелобольной, но и его близкие родственники, вовлечённые в повседневные заботы в связи с совместным проживанием и уходом за пациентом, в обязательном порядке нуждаются в эмоциональной помощи и поддержке [1, 3–5, 9–12]. Этому существуют подтверждения в базе данных доказательной медицины. Психологические интервенции поддерживающего характера могут значительно снижать уровень психологического дистресса у лиц, ухаживающих за больными [2].

С другой стороны – оставление без внимания и своевременной помощи родственников тяжелобольных пациентов негативно отражается на течении заболевания пациента. На примере пациентов, перенёсших инсульт, убедительно показано, что перегруженность родственника проблемами, связанными с уходом за пациентом, приводит к увеличению дистресса у родственника и опосредованно – к ухудшению состоянию самого пациента [6].

Таким образом, очевидно, что в психологической помощи и поддержке нуждается как сам больной тяжёлым заболеванием, так и его родственник. Можно рассматривать помощь родственнику как воздействие на социальную среду больного в рамках биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья человека. Психологическую помощь родственнику больному можно рассматривать и с позиций приоритетов профилактической направленности современного здравоохранения, когда болезнь близкого может стать если и не этиологическим фактором, то триггером негативных психоэмоциональных и нейрогормональных процессов, ведущих к формированию стойких патологических нарушений у родственника больного.

В заключение: не пора ли нам на основе правил русского языка (сострадание) и по аналогии с терминологией, принятой в наркологии и аддиктивной медицине (созависимость, *codependency* – англ.), для более четкого обозначения уже хорошо очерченной медико-психологической проблемы психологического нездоровья родственника больного ввести в оборот специальное понятие – *соболезнь*? Обозначенная проблема получит понятное как для специалиста, так и для пациента и его близких словесное выражение. Данная проблема может иметь больше шансов для своего организационного решения в рамках действующей системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Bäckström B., Sundin K. The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke, 1 year after discharge from a rehabilitation clinic: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 2009 Nov, 46(11): 1475–1484. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.04.009.
2. Candy B., Jones L., Drake R., Leurent B., King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011 Jun 15; (6): CD007617. doi: 10.1002/14651858.
3. Eghlileb A.M., Davies E.E.G., Finlay A.Y. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal of Dermatology*, 2007, 156: 1245–1250. doi: 10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x.
4. Eriksson E., Laur S. Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European Journal of Cancer Care*, 2000, 9: 8–15. doi: 10.1046/j.1365-2354.2000.00183.x.
5. Goy E.R. Review: supportive interventions may improve short-term psychological distress in informal caregivers of patients at the end of life. *Evid Based Ment Health*. 2012 Feb; 15(1): 21. doi: 10.1136/ebmental-2011-100350.
6. Grant J.S., Clay O.J., Keltner N.L., Haley W.E., Wadley V.G., Perkins M.M., Roth D.L. Does Caregiver Well-Being Predict Stroke Survivor Depressive Symptoms? A Mediation Analysis. *Top Stroke Rehabil*, 2013 Jan-Feb; 20(1): 10.1310/tsr2001-44. doi: 10.1310/tsr2001-44.
7. Hopper J.L., Dite G.S., Byrnes G.B. Risks to Relatives. Published Online: 14 Mar 2008. DOI: 10.1002/9780470015902.a0005423.
8. Madsen K. Poulsen H.S. Needs for everyday life support for brain tumour patients' relatives: systematic literature review. *European Journal of Cancer Care*, 2011, 20: 33–43. doi: 10.1111/j.1365-2354.2010.01184.x
9. Schulz R., Mendelsohn A.B., Haley W.E., Mahoney D., Allen R.S., Zhang S., Thompson L., Belle S.H. Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health Investigators. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med*. 2003 Nov 13; 349(20): 1936–42.
10. Sverker, A., Östlund, G., Hallert, C. and Hensing, G. Sharing life with a gluten-intolerant person – the perspective of close relatives. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2007, 20: 412–422. doi: 10.1111/j.1365-277X.2007.00815.x.
11. Wainwright, L. D., Glentworth, D., Haddock, G., Bentley, R. and Lobban, F. What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychology and Psychotherapy: Theo, Res, Pra*, 2015, 88: 105–119. doi: 10.1111/papt.12024.
12. Wressle E., Engstrand C., Granérus A.-K. Living with Parkinson's disease: Elderly patients' and relatives' perspective on daily living. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2007 June, 54(2): 131–139. DOI: 10.1111/j.1440-1630.2006.00610.x.
13. Wyller T.B., Thommessen B., Sødning K.M., Sveen U., Pettersen A.M., Bautz-Holter E., Laake K. Emotional well-being of close relatives to stroke survivors. *Clin Rehabil*, 2003 July, 17(4): 410–417. doi: 10.1191/0269215503cr627oa.
14. Xue M. Social support from friends and family in a Tibetan village. *Personal Relationships*, 2015, 22: 30–44. doi: 10.1111/pere.12061.

Николаев Е.Л. Здоровье и благополучие родственника больного: только ли генетические риски?.. // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 2. С. 5–12.

Аннотация. Традиционно внимание медицины сосредоточено на состоянии здоровья человека, страдающего от определённых патологических состояний и болезней. На пациента направлены все последние достижения современной медицины и смежных с ней отраслей знаний как в области диагностики, так и лечения. В то же время исследования показывают важность изучения родственников пациента с учётом не только генетической составляющей негативного воздействия, но и негативных влияний фактора болезни пациента на его собственное здоровье и психическое здоровье и психологическое благополучие его ближайшего окружения. Оставление без внимания и своевременной помощи родственников тяжелобольных пациентов негативно отражается на течении заболевания самого пациента. На примере пациентов, перенёсших инсульт, убедительно показано, что перегруженность родственника проблемами, связанными с уходом за пациентом, приводит к увеличению дистресса у родственника и опосредованно – к ухудшению состоянию самого пациента.

В психологической помощи и поддержке нуждается как сам больной тяжёлым заболеванием, так и его родственник. Можно рассматривать помощь родственнику как воздействие на социальную среду больного в рамках биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья человека. Психологическую помощь родственнику больного можно рассматривать и с позиций приоритетов профилактической направленности современного здравоохранения, когда болезнь близкого может стать если и не этиологическим фактором, то триггером негативных психоэмоциональных и нейрогормональных процессов, ведущих к формированию стойких патологических нарушений у родственника больного.

Не пора ли для более четкого обозначения уже хорошо очерченной медико-психологической проблемы психологического нездоровья родственника больного ввести в оборот специальное понятие – *собольность*? Таким образом, обозначенная проблема может иметь больше шансов для своего организационного решения в рамках действующей системы здравоохранения.

Ключевые слова: здоровье, благополучие, родственник больного, собольность, психологическая помощь.

Информация об авторе:

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

Nikolaev E.L. Zdorov'e i blagopoluchie rodstvennika bol'nogo: tol'ko li geneticheskie riski?.. [Health and well-being of a patient's relative: are there only genetic risks?..] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 5–12.

Abstract. Traditionally, medical attention is focused on condition of an individual suffering from certain pathological conditions and diseases. All the latest advances in modern medicine and related disciplines in the field of diagnosis and treatment are directed at the patient. At the same time, research shows the importance of studying the patient's relatives, taking into account not only the negative impact of a genetic component, but taking into account the negative effects of the patient's disease factor not only on his own health, but on mental health and psychological well-being of his entourage as well.

Paying no attention and leaving the relatives of seriously ill patients without timely assistance has a negative impact on the course of the patient's disease. The example of stroke patients clearly demonstrated that overload of a relative with problems associated with taking care of the patient results in distress increase in the relative and indirectly – to the deterioration of the patient's condition.

Both the patient with a serious illness and his relative need psychological care and support. It is possible to consider the help to peer support as influence on the the patient's social environment within a biopsychosocial paradigm of mental health.

Psychological help to the patient's peer support group can be viewed from the standpoint of preventive priorities in modern health care, when the disease of a relative can become, if not particularly a causative factor, but a trigger of negative psycho-emotional and neurohormonal processes leading to of persistent pathological disorders formation in a patient's relative.

Isn't it time to introduce a special concept – co-disease – to expressly denominate an already well-defined medico-psychological problem of psychological disorder in a patient's relative? Thus, the designated problem may have a better chance for its organizational solution within the existing health care system.

Keywords: health, well-being, patient's relative, co-disease, psychological counseling.

Information about authors:

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

Поступила: 19.04.2016

Received: 19.04.2016

УДК 364-785:159.9]:616.89-008.454-055-052

ББК Ю972.5-99

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Е.Б. Гайворонская¹, О.Ю. Ширяев¹, С.В. Кистенев¹, Е.В. Черенкова²

¹ Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,
Воронеж, Россия

² Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер,
Воронеж, Россия

Введение

В Российской Федерации насчитывается около 1,5 млн больных, живущих с деменцией. С увеличением в общей структуре населения людей пожилого возраста будет расти количество возраст-зависимых заболеваний в общей структуре заболеваемости [2, 12]. В настоящее время деменция является наиболее частым психическим расстройством в пожилом и старческом возрасте [9, 11]. Вместе с тем деменция часто диагностируется на поздних стадиях, что во многом связано с низкой осведомленностью населения о данной патологии и, как следствие, поздним обращением родственников к врачу-психиатру [1]. Медико-социальные, экономические и эмоциональные проблемы, связанные с деменцией, тяжелым бременем ложатся как на пациентов, так и на их родственников и общество в целом [3].

Факт психического заболевания, в особенности тяжелого, приводящего к инвалидности, которым является деменция, кардинально меняет качество жизни больного, а также его родственников. Помимо основных проявлений болезни у больных деменцией преобладает сенситивный тип отношения к болезни, относящийся к блоку типов реакции на болезнь, в значительной степени нарушающий социальную адаптацию, а значит, у родственников могут возникнуть дополнительные трудности в уходе за такими больными [7]. Выявлено, что дистресс, возникающий у родственников, ухаживающих за больными с деменцией, в большинстве случаев связан с бременем ежедневного ухода за больным [5]. Крайним проявлением дистресса у родственников являются возникающие мысли об эвтаназии при длительном уходе [4].

Четкое определение социально-психологических проблем, возникающих не только у больных, но и у их родственников, является надежной основой для оптимизации и планирования медико-социальной и психологической помощи, улучшения ее качества и эффективности, обеспечения интеграции психически больных и членов их семей в общество [6, 8].

Целью настоящего исследования явилось изучение социально-демографических и психологических характеристик родственников больных, страдающих деменцией, для создания информационных программ, способствующих улучшению качества жизни родственников данной категории больных.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе диспансерного отделения КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер» г. Воронеж. Выборку исследования составили 64 родственника пациентов (15 мужчин и 49 женщин), страдающих деменцией различного генеза. Дети пациентов составили 40% опрошенных, супруги – 38%, остальные родственники – 22% лиц. Средний возраст в исследованной группе составил $62,1 \pm 4,4$ года. Среднее специальное образование отмечено у 40,2%, а высшее образование – у 37,9% опрошенных. Основным источником доходов у 63,5% участников исследования являлась трудовая деятельность, у 33,8% респондентов – пенсия; остальные (2,7%) – социально не благополучны. Проживали вместе с пациентом 85,7% родственников.

Анализ сведений о пациентах, страдающих деменцией, показал, что средняя длительность болезни составляла $5,1 \pm 2,0$ года; под диспансерным наблюдением в психоневрологическом диспансере состояли 92% пациентов и 8% пациентов впервые обратились. Имели группу инвалидности 64% больных, собирали документы для предоставления на МСЭ и получения инвалидности 31,4% больных.

Сведения о структуре и характере социально-психологических проблем родственников больных с деменцией были получены с помощью адаптированного опросника «Carers' and Users' Expectations of Services» (CUES)[10], с помощью которого выявлялось различие между текущей (реальной) ситуацией и ожидания-

ми, обусловленными экспертными стандартами. Наличие проблем диагностировалось в нижеуказанных сферах:

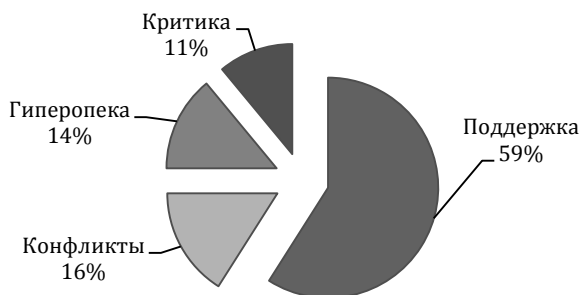
- 1) жилищные условия;
- 2) доход;
- 3) помощь в финансовых делах;
- 4) целенаправленная деятельность (работа, учеба и прочее);
- 5) взаимоотношения с членами семьи и друзьями;
- 6) социальная жизнь;
- 7) информация и советы;
- 8) доступность психиатрических служб;
- 9) выбор психиатрических учреждений и услуг;
- 10) отношения с работниками психиатрических служб;
- 11) консультирование и контроль со стороны работников психиатрических служб;
- 12) юридическая поддержка;
- 13) стигма и дискриминация;
- 14) лекарственное лечение больного родственника;
- 15) доступность соматических служб;
- 16) отношения с работниками соматических служб.

В каждой сфере в опроснике представлено описание эталона, с которым респондентам предлагалось сравнить свои реалии, а также предусмотрена оценка степени удовлетворенности каждой сферой. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы «Statistica 6.0».

Результаты исследования и их обсуждение

Взаимоотношения в семьях больных проиллюстрированы на диаграмме (рисунок).

Как видно из диаграммы (рисунок), поддержка со стороны близких определялась в 59% случаев, частые конфликты и бытовые ссоры – в 16%, гиперопека – в 14%, излишняя критика действий и поступков больных некоторыми членами их семей – в 11% случаев. Таким образом, 40% родственников имели неадаптивные взаимоотношения с больными. Таким родственникам, в первую очередь, требовалась информационная и психологическая помощь. Вместе с тем родственники больных, в большей степени оказывающие поддержку, также нуждались в помощи тогда, когда помогающее поведение превышало собственный ресурс организма и приводило к истощению.



Характер взаимоотношений в семьях больных

Согласно полученным данным, 78% опрошенных считали свой уровень доходов недостаточным, и лишь 22% были полностью удовлетворенными финансовым положением в семье. Следует обратить внимание на тот факт, что в категорию недовольных своим финансовым положением вошли все респонденты, чьим основным источником дохода являлась пенсия по инвалидности больного родственника.

Жилищные условия явились важным фактором, влияющим на качество жизни родственников больных с деменцией. В 48,4% случаев респонденты отметили несоответствие их жилищных условий описанным в стандарте условиям, оценив их как гораздо худшие.

На проблемы при получении социальных пособий, подачи документов в социальные службы и несвоевременность предоставления социальной помощи указали 82,8% респондентов. Более половины респондентов (62,5%) были недовольны качеством оказываемых услуг.

В 31,2% случаев отмечено негативное влияние болезни близкого родственника на социальные контакты. В этом случае родственники больных считали, что болезнь их родственников мешает им полноценно реализоваться в социуме.

Более половины (54,7%) испытывали потребность в информации о психиатрической службе, а в 29,6% случаев отмечалось недовольство полнотой и качеством предоставляемой информации. В 11% случаев отмечена труднодоступность амбулаторной психиатрической помощи, к которой родственники больных не имели доступ круглосуточно и во все дни недели, включая праздничные дни.

В отношении качества оказания психиатрической помощи были получены обнадеживающие результаты: практически все респонденты (96,9%) высказались положительно о качестве предоставляемой психиатрической помощи на участке. Большинство респондентов (93,7%) удовлетворены также отношением сотрудников психиатрической службы, основанным на доверии и понимании их проблем.

Из опрошиваемых респондентов 90% высказались о том, что сталкивались с юридическими проблемами и сложностями при их решении, а также о невозможности донести свои проблемы до структур власти.

Влияние стигмы и дискриминации ощущали 51,5% из опрошенных респондентов, причем анализ показал, что ощущение удовлетворительного отношения окружающих (14%) часто связано с отдельным проживанием респондента и больного ($p < 0,05$).

Проводя оценку лечения родственника, страдающего деменцией, 44% опрошенных респондентов высказались о том, что считают эффективной проводимую терапию, направленную на смягчение симптомов деменции и коррекцию поведенческих расстройств.

Результаты исследования показали, что пациенты, страдающие деменцией, имели проблемы с получением соматической помощи. Так, более 65,6% респондентов указали на низкую доступность соматических служб и неудовлетворенность отношениями с работниками этих служб.

Итак, осуществляя уход за больными с деменцией, их родственники сталкиваются с широким спектром проблем, касающихся практически всех сфер жизнедеятельности (табл. 1).

Принимая во внимание результаты исследования, авторы разработали и предложили для внедрения в практическую деятельность врачей-психиатров информационные брошюры для родственников. Так, наиболее частые вопросы о правилах ухода, которые задавали родственники больных, страдающих деменцией, лечащему врачу, легли в основу создания информационной брошюры: «Деменция. Что делать?». Структура брошюры включает в себя: заголовки, четыре информационных поля («Вопросы лечения», «Уход», «Безопасность», «Правила общения») и общую информацию о работе диспансера. Каждое информационное поле состоит из общей информации по вопросу и практических рекомендаций, вы-

полнение которых должно обеспечить правильный уход за больным (табл. 2). На последнем информационном поле брошюры представлена общая информация: адрес психоневрологического диспансера, схема проезда, номера маршрутов общественного транспорта, график работы и номера телефонов регистратуры.

Большинство родственников, ухаживающих за больными с деменцией, рано или поздно сталкиваются с необходимостью лишения их дееспособности. Из опрошенных нами респондентов 90% столкнулись с юридическими проблемами, а 60% из них были связаны с проблемами в лишении дееспособности и оформлении опекунов. Анализ возникших проблем у опрашиваемых показал, что большинство из них можно было предотвратить, если бы родственникам были вовремя предоставлены нужная информация и четкий алгоритм действий.

С целью предотвращения возникновения проблем и информационного обеспечения родственников больных с деменцией нами была разработана информационная брошюра «О признании недееспособности», имеющая структуру, сходную со структурой предыдущей брошюры.

Таблица 1. Социально-психологические проблемы родственников больных с деменцией

Сфера социально-психологических проблем	Количество респондентов	
	абс.	%
Жилищные условия	34	48,4
Доходы	50	78
Помощь в финансовых делах	52	82,8
Целенаправленная деятельность (работа, учеба и прочее)	35	54,7
Взаимоотношения с членами семьи и друзьями	24	40
Социальная жизнь	20	31,2
Информация и советы	35	54,7
Доступность психиатрических служб	5	11
Выбор психиатрических учреждений и услуг	53	82,8
Консультирование и контроль со стороны работников психиатрических служб	11	17,1
Юридическая поддержка	58	90
Стигма и дискриминация	33	51,5
Лекарственное обеспечение	41	44
Доступность соматических служб	42	65,6
Отношения с работниками соматических служб	42	65,6

Таблица 2. Содержание информационной брошюры «Деменция. Что делать?»

Проблемы	Поясняющая информация	Практические рекомендации родственникам
Вопросы лечения	В настоящее время не существует лекарств, способных остановить или полностью излечить деменцию. Лекарства способны лишь временно смягчить её симптомы. Тем не менее следует обязательно принимать препараты, назначенные лечащим врачом!	Контролируйте приём лекарств. Больные могут забыть о том, что им необходимо выпить препараты. Купите вашему родственнику органайзер для таблеток и распределите в нем таблетки на неделю. Следите за самочувствием больного. У многих больных помимо деменции есть другие хронические заболевания, например, артериальная гипертензия. Эти заболевания обязательно следует лечить; они могут существенно ухудшать прогноз деменции. Будьте внимательны к психическому состоянию вашего родственника. С многими поведенческими нарушениями, такими как агрессия, нарушение сна и беспокойство, поможет справиться врач. Не забывайте посещать вашего лечащего врача, чтобы он был осведомлен о течении заболевания и мог вносить коррективы в терапию.
Уход	На ранних стадиях заболевания больной может оставаться самостоятельным и требующим небольшого ухода. Однако по мере развития заболевания потребность в уходе будет возрастать и потребуются круглосуточная помощь.	Рациональный режим дня. Очень часто из-за недостатка двигательной активности в течение дня больные крайне беспокойно ведут себя по ночам. Правильно спланированный режим может минимизировать эту проблему: • устраивайте ежедневные прогулки; • не одобряйте бездействие и стремление вздремнуть в течение дня; • вторая половина дня должна проходить в спокойной обстановке (поиграйте с больным в настольную игру). По мере необходимости помогайте в действиях по самообслуживанию. Предусмотрите специальное место для предметов каждодневного пользования больного. Лучше задолго до наступления серьезных расстройств памяти размещать вещи в одном месте, вырабатывая привычку искать их именно там.

Окончание табл. 2

Проблемы	Поясняющая информация	Практические рекомендации родственникам
Безопасность	Для человека, страдающего деменцией, проблема безопасности чрезвычайно важна. Он может выйти из дома и забыть закрыть двери и окна или, наоборот, захлопнуть дверь, не взяв ключа.	Место жительства: • подготовьте помещение, где проживает больной. Осветите все слабоосвещенные места; • снимите замки с дверей в ванную комнату, туалет и спальню больного; • закрепите неустойчивые предметы мебели; • приобретите небьющуюся посуду; • контролируйте взаимодействие больного с газом и электричеством; • положите на видное место телефоны аварийных служб. Безопасность передвижения больного: • купите браслет и сделайте гравировку с именем, адресом и номером телефона и наденьте на запястье больного; • подключите мобильный телефон больного к сервису, позволяющему отслеживать его передвижения по городу.
Общение	Когда деменция прогрессирует, способность человека взаимодействовать с окружающим миром ослабевает. Негативные последствия болезни могут отталкивать окружающих. Если в этой ситуации не проявить к больному должного внимания, избегать общения с ним, то ухудшения в когнитивной и эмоциональной сферах будут только ускоряться.	Как слушать: • если больной не может найти подходящее слово, задавайте наводящие вопросы, попробуйте подсказать это слово; • если больной не смог завершить фразу, предложите варианты ее окончания больному на выбор; • иногда достаточно просто выслушать человека, даже не до конца понимая смысла его слов. Просто терпеливо выслушайте, чтобы он выговорился, и покажите, что вам небезразличны его слова. Как говорить самому: • говорите медленно и плавно; • фразы должны быть короткими и простыми; • воспоминания о прошлом даются больному проще, чем память на текущие события. Говорите об отдаленном прошлом. Это действует на больного успокаивающе.

Другие информационные брошюры посвящены вопросам добровольной госпитализации больных, порядку проведения медико-социальной экспертизы и некоторым другим вопросам. Предложенные информационные брошюры помогут в решении проблем, которые часто возникают у родственников, ухаживающих за больными с деменцией, вследствие недостатка информации.

Заключение

В результате исследования установлены социально-психологические проблемы, с которыми сталкиваются родственники больных с деменцией. Самые большие трудности родственники испытывали в сфере взаимоотношений с больным и социальной сфере; были недовольны сложностями в получении социальных услуг и их качеством. Обнаружен дефицит информирования об особенностях психиатрической помощи, правильном уходе за родственником, страдающим деменцией, а также об особенностях процесса лишения дееспособности. С учетом социально-психологических проблем и потребностей родственников разработаны информационные брошюры для родственников, призванные помочь решить возникающие проблемы и облегчить бремя ухода за больным. Информационные поля брошюр включают текстовую часть, а также схемы и таблицы, с помощью которых в максимально доступной и простой форме освещаются актуальные вопросы, закономерно возникающие у родственников больных с деменцией. Общая информация брошюр освещает организационные вопросы.

Дистресс, возникающий у родственников, связанный с длительным уходом за больным, а также с нарушением прежнего эмоционального и интеллектуального контакта со своим больным родственником, может преодолеваться последовательно путем предоставления необходимой информации по всем вопросам, касающимся данного заболевания, четкой работы всех служб и ответственности в их работе. Благодаря всем этим факторам достигается необходимый уровень поддержки родственников больных с деменцией, что, безусловно, положительно влияет на качество жизни как больных, так и их родственников.

Данное исследование может положить начало разработке широкой серии информационных программ, посвященных раз-

ным аспектам жизни и взаимодействия с больным родственником. Последовательное воплощение в практическую деятельность таких программ, с одной стороны, потребует принципиально новой работы специалистов, с другой – облегчит осуществление рутинных операций при оказании эффективной помощи больным с деменцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голенков А.В., Полуэктов М.Г., Николаев Е.Л. Распознавание и осведомленность населения о стадиях болезни Альцгеймера // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. Т. 114, № 11-2. С. 49–54.
2. Дмитриева Т.Б., Краснова В.Н., Незнанова Н.Г., Семке В.Я., Тиганова А.С. Психиатрия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. С. 343–383.
3. Захаров В.В. Деменции в пожилом возрасте // Нервные болезни. 2005. №3. С. 12–17.
4. Николаев Е.Л. Что думают об эвтаназии родственники больных с деменциями и болезнью Альцгеймера? // Вестник психотерапии. 2016. № 58(63). С. 75–84.
5. Сиденкова А.П. Деменции позднего возраста как актуальная психосоциальная проблема // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 4. С. 5–8.
6. Солохина Т.А., Тюменкова Г.В. Потребности родственников психически больных // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Таро, 2014. Вып. II. С. 45–51.
7. Черенкова Е.В., Гайворонская Е.Б., Кистенев С.В., Куташов В.А. Внутренняя картина болезни у больных с легкой и умеренной степенью деменции смешанного типа // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Воронеж, 2015. С. 183–187.
8. Ширяев О.Ю., Подвигин С.Н., Гречко Т.Ю., Мишук Ю.Е., Шаповалов Д.Л. Психические расстройства при дегенеративных заболеваниях ЦНС. Воронеж, 2008. С. 4–10.
9. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Короберская Н.Н., Мхитарян Э.А. Деменции: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2010. С. 18–33.
10. Lelliott P., Beevor A., Hogman G., Hyslop J., Lathlean J., Ward M. Carers' and users' expectations of services – carer version (CUES-C): a new instrument to support the assessment of carers of people with the severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 2003, vol. 12, pp. 143–152.
11. Lowin A. Mental disorders in later life. London, 2001.
12. Sinclair I., Parker R., Leat D., Wiliams J. The kaleidoscope of care: a review of research on welfare provision for elderly people. London: HMSO/National Institute for Social Work, 1990. 498 p.

REFERENCES

1. Golenkov A.V., Poluéktov M.G., Nikolaev E.L. *Raspoznavanie i osvedomlennost' naseleniya o stadiyakh bolezni Al'tsgeimera* [Recognition and awareness about stages of Alzheimer's disease]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 2014, vol. 114, no. 11-2, pp. 49–54.
2. Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G., Semke V.Ya., Tiganov A.S. *Psikhiatriya. Nacional'noye rukovodstvo* [Psychiatry. The National MANUAL]. Moscow, GEOTAR Media Publ., 2013, pp. 343–383.
3. Zakharov V.V. *Demencii v pozhilom vozraste* [Dementias in the elderly age]. *Nervnye bolezni* [Nervous Diseases], 2005, no. 3, pp. 12–17.
4. Nikolaev E.L. *Chto dumayut ob evtanazii rodstvenniki bol'nykh s dementsiyami I boleznyu Al'tsgeimera?* [What do dementia patients' relatives think about euthanasia?]. *Vestnik psikhoterapii*, 2016, no. 58(63), pp. 75–84.
5. Sidenkova A.P. *Demencii pozdnego vozrasta kak aktual'naya psikhosotsialnaya problema* [Dementia in the old age as an actual psychosocial problem]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikihiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2007, no. 4, pp. 5–8.
6. Solokhina T.A., Tiumenkova G.V. *Potrebnosti rodstvennikov psikhicheski bolnykh* [Needs of relatives of mentally ill persons]. *Psikhoterapiya i psikhosotsialnaya rabota v psixiatrii pod red. Limankina O.V., Babina S.M.* [Psychotherapy and Psychosocial Work in Psychiatry ed. Limankin O.V., Babin S.M.]. St. Petersburg, Taro Publ., 2014, iss. II, pp. 45–51.
7. Cherenkova E.V., Gayvoronskaya E.B., Kistenev S.V., Kutashov V.A. *Vnutrenniaia kartina bolezni u bol'nykh s legkoy i umerennoy stepen'yu demencii smeshannogo tipa* [Internal picture of disease in patients with the light and moderate degree of mixed type dementia]. *Aktual'nye voprosy psixiatrii, narkologii i medicinskoj psixologii* [Urgent Issues of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology: collected scient. proceedings]. Voronezh, 2015, pp. 183–187.
8. Shiryaev O.Yu., Podvigina S.N., Grechko T.Yu., Mishiuk Yu.E., Shapovalov D.L. *Psichicheskie rasstroystva pri degenerativnykh zabolevaniyakh CNS* [Mental disorders in degenerate diseases of CNS]. Voronezh, 2008, pp. 4–10.
9. Yahno N.N., Zakharov V.V., Lokshin A.B., Koroberskaya N.N., Mhitaryan E.A. *Demencii: rukovodstvo dlia vrachev* [Dementia: a guide for physicians]. Moscow, MEDpress-inform Publ., 2010, pp. 18–33.
10. Lelliott P., Beevor A., Hogman G., Hyslop J., Lathlean J., Ward M. Carers' and users' expectations of services – carer version (CUES-C): a new instrument to support the assessment of carers of people with the severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 2003, vol. 12, pp. 143–152.
11. Lowin A. *Mental disorders in later life*. London, 2001.
12. Sinclair I., Parker R., Leat D., Williams J. *The kaleidoscope of care: a review of research on welfare provision for elderly people*. London: HMSO/National Institute for Social Work, 1990. 498 p.

Гайворонская Е.Б., Ширяев О.Ю., Кистенев С.В., Черенкова Е.В. Социально-психологические проблемы родственников больных с деменцией // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 2. С. 13–26.

Аннотация

Введение. Цель работы: изучение социально-демографических и психологических характеристик родственников больных, страдающих деменцией; оценка и создание на их основе информационных программ для родственников.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе диспансерного отделения КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер» г. Воронеж. В исследовании приняли участие 64 респондента, являвшихся родственниками пациентов, страдающих деменцией различного генеза. Дети пациентов составили 40% опрошенных, супруги – 38%, остальные родственники – 22% лиц. Средний возраст в исследованной группе составил $62,1 \pm 4,4$ года. Сведения о структуре и характере социально-психологических проблем родственников больных с деменцией были получены с помощью адаптированного опросника «Carers' and Users' Expectations of Services» (CUES), обнаруживающего различия между текущей (реальной) ситуацией и ожиданиями, обусловленными экспертными стандартами.

Результаты и обсуждение. Родственники выявили следующие особенности взаимоотношений в семьях с больным: поддержка со стороны близких – 59%, частые конфликты – 16%, повышенная забота и гиперопека – 14%, излишняя критика – 11%. Согласно полученным данным, 78% считали свой уровень доходов недостаточным. Проблемы при своевременном получении социальных пособий отметили 82,8% респондентов. Более половины родственников (54,7%) испытывали потребность в информации о психиатрической службе, а 29,6% были недовольны полнотой и качеством предоставляемой информации. Из опрашиваемых респондентов 90% высказались о том, что сталкивались с юридическими проблемами и сложностями при их решении.

Заключение. Данные, полученные в результате исследования родственников больных с деменцией, указывают на наличие проблем в сфере взаимоотношений, социальном обеспечении, недостаточную информационную и юридическую поддержку, что оказывает негативное влияние на качество жизни как родственников, так и больных с деменцией. Исходя из этого разработаны информационные программы для родственников, учитывающие их социально-психологические проблемы и потребности.

Ключевые слова: родственники больных с деменцией, социально-психологические проблемы и потребности, информационные программы.

Информация об авторах:

Гайворонская Елена Борисовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии с наркологией ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ. Россия, 394036, Воронеж, ул. Студенческая, 10. Тел. + 7 473 2715522. psinar2015@mail.ru.

Ширяев Олег Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии с наркологией ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ. Россия, 394036, Воронеж, ул. Студенческая, 10. Тел. + 7 473 2715522. psinar2015@mail.ru.

Кистенев Сергей Владимирович, студент ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ. Россия, 394 036, Воронеж, ул. Студенческая, 10. Тел. + 7 473 2715522. kistenevkistenev@gmail.com.

Черенкова Елена Васильевна, врач-психиатр, КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер». Россия, 394071, Воронеж, ул. 20 лет Октября, 73. cherenkova.elena65@mail.ru.

Gayvoronskaya E.B., Shiriaev O.Yu., Kistenev S.V., Cherenkova E.V. Sotsial'no-psikhologicheskie problemy rodstvennikov bol'nykh s dementsiei [Social and psychological problems of the dementia patients' relatives] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 13–26.

Abstract

Introduction. Purpose of the investigation is the study of social-demographic and psychological characteristics of dementia patients' relatives as well as the evaluation and development on their basis informational programs for relatives.

Materials and methods. The study was conducted on the base of Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary Clinical Department. 64 relatives of patients with different genesis dementia took part in the study. Children of patients made 40%, spouses – 38%, other relatives – 22% of persons among the respondents. Average age in the investigated group was 62,1±4,4 years. Information about the structure and character of social and psychological problems of the dementia patients' relatives was obtained with the adapted questionnaire «Carers' and Users' Expectations of Services» (CUES) revealing differences between current (real) situation and expectations caused by expert standards.

Results and discussion. Relatives revealed the following special features of interrelations in the families with the patient: support of close relatives – 59%, frequent conflicts – 16%, increased concern and hyperprotection – 14%, superfluous criticism – 11%. According to the data obtained, 78% of persons considered their income level to be insufficient. Problems with timely receiving of social benefits was noted in the 82, 8% of cases. More than half of relatives (54,7%) experienced the need for information about mental health service, and 29, 6% were dissatisfied by completeness and quality of given information. 90% of respondents spoke on their experience of facing juridical problems and complexities during their solution.

Conclusion. Data obtained as the result of the investigation of dementia patients' relatives indicate the presence of problems in the sphere of interrelations, social maintenance, insufficient information and juridical support, which negatively influence the quality of life both relatives and patients with dementia. Based on the results of the investigation, informational programs for relatives taking into account their social, psychological problems and needs are developed.

Keywords: relatives of patients with dementia, social psychological problems and needs, informational programs.

Information about authors:

Gayvoronskaya Elena, M.D., Ph.D. in Medicine, Assistant Professor of Psychiatry and Narcology Department, Voronezh N.N. Burdenko State Medical University. Russia, 394036, Voronezh, Studencheskaya ul., 10. Tel. + 7 473 2715522. *psinar2015@mail.ru*.

Shiriaev Oleg, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Head of Psychiatry and Narcology Department, Voronezh N.N. Burdenko State Medical University. Russia, 394036, Voronezh, Studencheskaya ul., 10. Tel. + 7 473 2715522. *psinar2015@mail.ru*.

Kistenev Sergey, student, Voronezh N.N. Burdenko State Medical University. Russia, 394036, Voronezh, Studencheskaya ul., 10. Tel. + 7 473 2715522. *kistenevkistenev@gmail.com*.

Cherenkova Elena, M.D., Psychiatrist, Voronezh Regional Clinical Mental Hospital. Russia, 394071, Voronezh, 20 let Oktyabrya ul., 73. *cherenkova.elena65@mail.ru*.

Поступила: 04.04.2016

Received: 04.04.2016

УДК 616.89-008.454

ББК Р64-324

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБОСТРЕНИЙ ДЕПРЕССИЙ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Т.Л. Кот

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск, Россия

Введение

В настоящее время депрессии – одна из самых распространенных среди населения форм психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, ими страдает, по крайней мере, 5% населения Земли, что для нашей страны составит более 500 тыс. человек. Вероятность возникновения этого расстройства в течение жизни достигает, как минимум, 10% для мужчин и 20% для женщин [1]. Влиянию социальных и биологических факторов на заболеваемость депрессией было посвящено немало исследовательских работ [7], однако при этом не всегда учитывалось влияние климато-географических параметров на данные факторы. В данной работе рассматривается влияние измененных хронобиологических паттернов («полярная ночь», «белая» ночь, увеличенная продолжительность зимы и т.д.) на социально-биологические и некоторые клинические составляющие депрессивных расстройств.

Цель работы – изучить социальные, биологические и клинические аспекты структуры обострений депрессивных расстройств у населения, проживающего в условиях северного региона.

Материал и методы

В работе использованы данные ретроспективного анализа медицинской документации 181 пациента, проходившего обследование и лечение в КУ ХМКПНД г. Ханты-Мансийск в период 2001–2013 гг., из них 58 человек – с депрессией эндогенной этиологии (первая подгруппа, диагнозы F31.3-F31.3, F32.0-F32.3, F33.0-F33.3) и 123 человека с депрессией, обусловленной экзогенными факторами (вторая подгруппа, диагнозы F41.2, F43.1, F43.2). Глубина поиска – 12 лет.

Статистическая обработка производилась с помощью программы IBM SPSS Statistics, версия 21, методом таблиц сопряженности с использованием критерия МакНемара.

Результаты и их обсуждение

В ходе анализа выявлено, что в общей выборке пациентов мужчин 70 (38,7%), женщин – 111 (61,3%). Пациентов во второй подгруппе – 123, из них мужчин – 47 (38,2%), женщин – 76 (61,8%). Пациентов в первой подгруппе – 58 человек, из них мужчины – 23 (39,7%), женщины – 35 (60,3%). Соотношение числа мужчин и женщин, как в общей выборке, так и в подгруппах, примерно 2:3 ($p = 0,003$), в то же время, по литературным данным – 1:4 [5]. Около 50% больных, как в общей выборке, так и в подгруппах, на момент госпитализации являлись безработными. Среднее количество койко-дней в первой подгруппе – 37,39, во второй – 35,85.

Возраст пациентов колеблется в диапазоне от 18 до 64 лет; средний возраст составляет 38,5 года, что несколько отличается от данных литературы – 45,6 года [4]. Во второй подгруппе средний возраст 37,7 года (средний возраст женщин 40,3 года, мужчин – 34,1 года), в первой – 40 лет, женщины – 42 года, мужчины – 36 лет; по данным И.Л. Степанова, Е.К. Горячевой – 47,8 года у женщин и 35,6 года у мужчин [8].

У 30,9% ($p = 0,003$) из общей группы заболевших было высшее образование (34 человека, или 27% ($p = 0,003$) больных, во второй подгруппе и 22 человека, или 38%, в первой подгруппе), у 81 пациента (44,7%, $p = 0,003$) – среднее (25 человек (45%, $p = 0,003$) из первой подгруппы и 56 (45,5%) из второй), у 34 человек (18,8%, $p = 0,003$) – начальное образование (27 человек (22%, $p = 0,003$) из числа больных во второй подгруппе и 7 (12%) из первой), 10 человек (5,5%) ($p = 0,003$) составляли учащиеся школ, средних и высших учебных заведений.

При сравнении с данными других исследователей можно сделать вывод о меньшей частоте встречаемости высшего образования среди пациентов в первой подгруппе (72% по данным А.В. Куцаевой, Д.Г. Семенихина и А.М. Карпова) [6].

Фактор пола вносит свой вклад во влиянии уровня образования на заболеваемость во второй подгруппе: количество мужчин увеличивается обратно пропорционально уровню образования – так, среди пациентов с начальным образованием количество мужчин в 4 раза превышает количество женщин (рис. 1, 2).

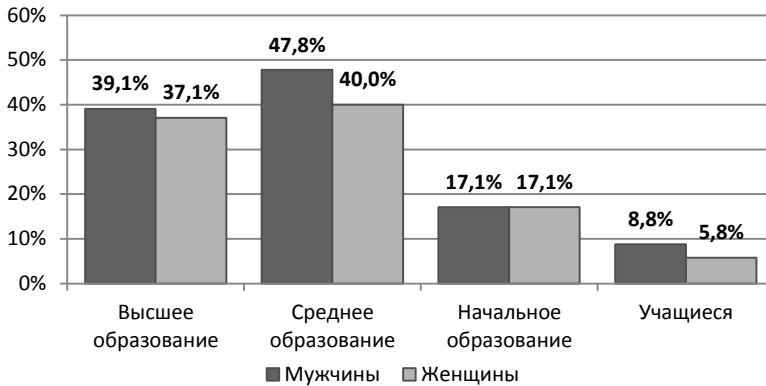


Рисунок 1 – Связь уровня образования с заболеваемостью депрессией в первой подгруппе

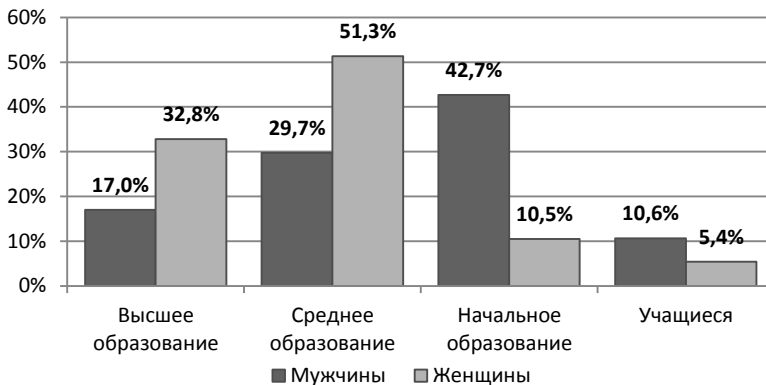


Рисунок 2 – Связь уровня образования с заболеваемостью депрессией во второй подгруппе

Распределение частоты обострений в зависимости от тяжести приступа в первой подгруппе больных: тяжелые депрессии – 14 случаев (24,1%, $p = 0,003$), депрессии средней степени – 41 случай (70,7%, $p = 0,003$), легкие депрессии – 3 случая (5,1%, $p = 0,008$). По данным исследования Е.Д. Счастливого, количество случаев тяжелой депрессии составило 31,3%, средней – 68,7%, что может быть сопоставимо с результатом данного исследования [9].

Структура тяжести во второй подгруппе: тяжелые депрессии – 25 случаев (20,3%, $p = 0,003$), депрессии средней степени –

87 случаев (70,7%, $p = 0,003$), легкие депрессии – 11 случаев (8,9%, $p = 0,008$). В аналогичном исследовании Б.А. Волель, Д.В. Романова доля депрессий тяжелой степени также составила 20%, однако доля депрессий легкой и средней тяжести – 43,3% и 36,7%, соответственно [3].

Половая дифференциация тяжести депрессии в общей выборке: среди мужчин 13 случаев (18,8%, $p = 0,003$) – тяжелая депрессия, 54 (78,3%, $p = 0,003$) – депрессия средней степени, 3 случая (2,9%, $p = 0,003$) – легкая депрессия; среди женщин – 25 (22,3%, $p = 0,003$) – тяжелая депрессия, 75 (66,9%, $p = 0,003$) – депрессия средней степени, 11 случаев (10,8%, $p = 0,008$) – депрессия легкой степени. Колебания аналогичных показателей в подгруппах незначительны. При сравнении с данными других исследований наблюдается меньшее количество случаев легкой депрессии у мужчин (2,9% против 16,3%), большее количество случаев депрессии средней тяжести (у женщин 66,9% против 48,34% и у мужчин 78,3% против 60,46%), а также большее количество эпизодов тяжелой депрессии у мужчин (18,8% против 11,63%) [8].

В качестве преобладающего аффективного оттенка в структуре депрессии в общей выборке тревога составляла 59 случаев (32,6%), тоска – 65 (35,9%), в 55 (31,5%) случаев депрессия сопровождалась как тревогой, так и тоской (рис. 3, 4).

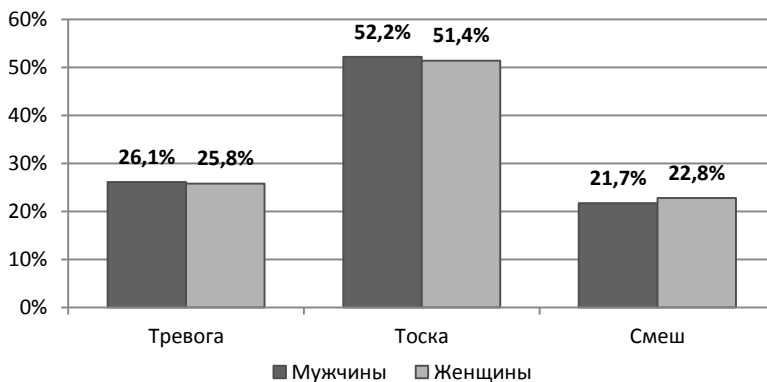


Рисунок 3 – Соотношение мужчин и женщин в зависимости от преобладающего аффективного компонента депрессии в первой подгруппе

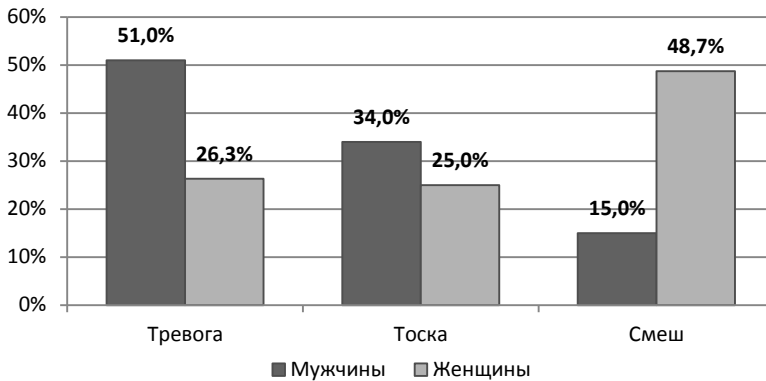


Рисунок 4 – Соотношение мужчин и женщин в зависимости от преобладающего аффективного компонента депрессии во второй подгруппе

В сравнении с исследованием О.В. Целищева и О.П. Вертоградовой этот факт дает основание сделать вывод об увеличении числа депрессий с преобладающим в клинике болезни тревожным оттенком (16,5% против 32,6%) и снижении числа депрессий с тревожно-тоскливым радикалом (45,4% против 31,5%) [2]. В первой подгруппе акцент смещался в сторону тоскливой депрессии (30 случаев, или 51,7%, $p = 0,01$), тревожная форма наблюдалась в 15 (25,8%), смешанная форма – в 13 случаях (22,5%). При этом и у мужчин (6 случаев, или 52,2%, $p = 0,031$), и у женщин (9 случаев, или 51,4%, $p = 0,004$) наиболее часто обнаруживалась депрессия с компонентом тоски. Во второй подгруппе чаще всего диагностировались смешанная форма депрессии – 42 случая (35,9%) и депрессия, окрашенная аффектом тревоги, – 44 случая (35,7%), депрессия в сочетании с тоской встречалась в 35 случаях (28,4%, $p = 0,04$). При разделении по полу оказалось, что среди мужчин преобладает тревожная (24 пациента, или 51,0%, $p = 0,008$), а среди женщин – смешанная форма депрессии (37 человек, или 48,7%, $p = 0,003$).

При анализе взаимосвязи между тяжестью депрессивного эпизода и преобладающим компонентом были получены следующие данные. В первой подгруппе 11 случаев тяжелой депрессии (78,6%, $p = 0,016$) составили эпизоды с превалирующим в клинике тоскливым компонентом и 3 случая (21,4) – тревожным компонентом. При госпитализации пациентов с депрессией средней сте-

пени тяжести в 18 случаях (43,9%, $p = 0,016$) преобладающим аффектом была тоска, в 11 (26,8%, $p = 0,03$) и 12 (29,3%, $p = 0,03$) случаях – тревога и смешанная форма, соответственно. На долю депрессии легкой степени пришлось по 1 случаю эпизодов с тоской, тревогой и сочетанной формой. Во второй подгруппе 12 случаев (48,0%, $p = 0,01$) тяжелой формы составили эпизоды тоскливой депрессии, 7 (28,0%, $p = 0,03$) и 6 (24,0%) случаев – эпизоды тревожной и смешанной, соответственно. Анализ структуры депрессивных эпизодов средней степени тяжести показал, что большая часть (36 случаев, или 41,3%, $p = 0,02$) приходилась на тревожный вариант, на смешанную депрессию – 28 случаев (32,1%, $p = 0,01$) и на тоскливую – 23 случая (26,6%, $p = 0,01$). В структуре заболеваемости депрессией легкой степени преобладают смешанные формы (8 случаев, или 72,7%).

Анализ социально-биологических статусных признаков у больных депрессией свидетельствует о достоверно большей распространенности этого аффективного расстройства среди женщин как в общей популяции, так и в рамках отдельных форм, хотя в сравнении с исследованием Ал.Н. Корнетова, Л.Д. Рахмазовой разница между соотношением болеющих мужчин и женщин меньше. Средний возраст больных мужчин меньше, чем у женщин, в обеих подгруппах. Кроме того, средний возраст больных в северном регионе (кроме мужчин с депрессией, вызванной экзогенными факторами) несколько ниже, чем в исследованиях И.Л. Степанова, Е.К. Горячевой [8] и А.В. Ермакова [4]. Заболеваемость депрессией во второй подгруппе значимо выше у людей со средним образованием, выше у женщин с высшим и средним образованием, а также у мужчин с начальным образованием. Процент встречаемости пациентов с высшим образованием среди страдающих от эндогенной депрессии в северном регионе ниже, чем в исследовании А.В. Кучаевой, Д.Г. Семенихина, А.М. Карпова [6].

При заболеваемости депрессией во второй подгруппе фактор пола не связан с преобладанием того или иного аффективного компонента в клинической картине. Среди пациентов второй подгруппы смешанные формы депрессии (аффекты тревоги и тоски, выраженные в равной степени) достоверно чаще встречаются среди женщин, состояния с заметным преобладанием какого-либо аффективного компонента – значимо чаще среди мужчин. По сравнению с результатами О.П. Вертоградовой, О.В. Целищева [2]

количество тревожных депрессий в северном регионе выше, а тревожно-тоскливых – ниже.

Структура заболеваемости эндогенной депрессией в зависимости от тяжести приступа сопоставима с данными других авторов (Е.Д. Счастный) [9], однако приступы средней тяжести при заболеваемости депрессией, вызванной экзогенными факторами, встречаются чаще, а легкой тяжести – реже, чем в исследовании Б.А. Волель, Д.В. Романова [3]. В сравнении с данными И.Л. Степанова, Е.К. Горячевой [8] число эпизодов депрессии средней тяжести на Севере выше и у мужчин, и у женщин, а легкой и тяжелой степени – у мужчин. В клинической картине тяжелых приступов депрессии достоверно чаще преобладает аффект тоски, что особенно характерно для больных в первой подгруппе. Однако в клинике депрессий средней степени для больных во второй подгруппе более характерна тревога, в то время как в первой – аффект тоски, что подтверждается статистическими методами исследования.

Заключение

Таким образом, основываясь на полученных данных и учитывая обусловленные климато-географическими факторами особенности фотопериода северных регионов, можно предположить, что существует определенная связь между особенностями социально-биологической и клинической структуры обострений депрессивных расстройств на Севере. Следовательно, на схемы антидепрессивной терапии может влиять свойственный населению региона десинхронизм биологических ритмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байкова И.А. Депрессии в практике врача-терапевта: возможности диагностики и лечения. М.: Медицина, 2005. 37 с.
2. Вертоградова О.П., Целищев О.В. Депрессивные идеи в структуре непсихотической депрессии у больных аффективными расстройствами и факторы риска их развития // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 4, т. 21. С. 14–20.
3. Волель Б.А., Романов Д.В.. Опыт применения венлафаксина (Велафакса) у пациентов с депрессией в амбулаторной и клинической практике // Терапия психических расстройств. 2007. № 2. С. 48–52.
4. Ермаков А.В.. Клинико-этиологические паттерны больных рекуррентными депрессивными расстройствами // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы): материалы конф. Томск, 2003. С. 135–141.

5. Корнетов Ал.Н., Рахмазова Л.Д. Эпидемиологические и социально-психиатрические перспективы изучения депрессивных расстройств // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы): материалы конф. Томск, 2003. С. 24–31.
6. Кучаева А.В., Семенихин Д.Г., Карпов А.М. Изучение влияния биопсихосоциальных факторов на частоту и проявление непсихотического рекуррентного и органического депрессивного расстройства у пациентов для оптимизации психофармакотерапии [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 1. URL: www.science-education.ru/107-8181 (Дата обращения: 22.01.2013).
7. Пантюк И.В., Еремаленок Ю.В. Биологические и социально-психологические особенности лиц, страдающих депрессивными расстройствами // Психотерапия и клиническая психология. 2007. № 3(22). С. 30.
8. Степанов И.Л., Горячева Е.К.. Гендерные особенности структуры депрессивного состояния и социального функционирования больных рекуррентными депрессивными и биполярным аффективным расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 1, т. 22. С. 38–41.
9. Счастный Е.Д.. Соматотип как предиктор скорости ответа на терапию СИОЗС у пациентов с депрессивными расстройствами // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы): материалы конф. Томск, 2003. С. 321–330.

REFERENCES

1. Baikova I.A. *Depressii v praktike vracha-terapevta: vozmozhnosti diagnostiki i lecheniya* [Depression in the practice of a General practitioner: diagnosis and treatment]. Moscow, Meditsina Publ., 2005, 37 p.
2. Vertogradova O.P., Tselishchev O.V. *Depressivnye idei v strukture nepsikhoticheskoi depressii u bol'nykh affektivnymi rasstroistvami i faktory riska ikh razvitiya* [Depressive ideas in the structure of non-psychotic depression in patients with affective disorders and their risk factors]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2011, no. 4, vol. 21, pp. 14–20.
3. Volel' B.A., Romanov D.V. *Opyt primeneniya venlafaksina (Velafaksa) u patsientov s depressiei v ambulatornoi i klinicheskoi praktike* [Experience with the use of venlafaxine (Felafox) in patients with depression in outpatient and clinical practice]. *Terapiya psikhicheskikh rasstroistv* [Therapy mental disorders]. 2007, no. 2, pp. 48–52.
4. Ermakov A.V. *Kliniko-etilogicheskie patterny bol'nykh rekurrentnymi depressivnymi rasstroistvami* [Clinical and etiologic patterns in patients with recurrent depressive disorders]. *Depressivnye rasstroistva (fundamental'nye, klinicheskie, obrazovatel'nye i ekzistentsial'nye problemy): materailly konf.* [Proc. of Conf. «Depressive disorders (basic, clinical, educational and existential problems)»]. Tomsk, 2003, pp. 135–141.
5. Kornetov Al.N., Rakhmazova L.D. *Epidemiologicheskie i sotsial'no-psikhiatricheskie perspektivy izucheniya depressivnykh rasstroistv* [Epidemiological and psychosocial perspectives for the study of depressive disorders]. *Depressivnye rasstroistva*

(fundamental'nye, klinicheskie, obrazovatel'nye i ekzistentsial'nye problemy): materailly konf. [Proc. of Conf. «Depressive disorders (basic, clinical, educational and existential problems)»]. Tomsk, 2003, pp. 24–31.

6. Kuchaeva A.V., Semenikhin D.G., Karpov A.M. *Izuchenie vliyaniya biopsychosotsial'nykh faktorov na chastotu i proyavlenie nepsikhoticheskogo rekurrentnogo i organicheskogo depressivnogo rasstroistva u patsientov dlya optimizatsii psikhofarmakoterapii* [The study of the influence of biopsychosocial factors on the frequency and manifestation of recurrent non-psychotic and organic depressive disorders in patients to optimize pharmacotherapy]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Actual problems of science and education], 2013, no. 1. Available at: www.science-education.ru/107-8181 (Accessed 22 Jan. 2013).

7. Pantyuk I.V., Ermalenok Yu.V. *Biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti lits, stradayushchikh depressivnymi rasstroistvami* [Biological and psychosocial characteristics of persons suffering from depressive disorders]. *Psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychotherapy and clinical psychology], 2007, no. 3(22), 30 p.

8. Stepanov I.L., Goryacheva E.K.. *Gendernyye osobennosti struktury depressivnogo sostoyaniya i sotsial'nogo funktsionirovaniya bol'nykh rekurrentnymi depressivnymi i bipolyarnym affektivnym rasstroistvami* [Gender peculiarities of the structure of depression and social functioning of patients with recurrent depressive and bipolar affective disorders]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2012, no. 1, vol. 22, pp. 38–41.

9. Schastnyi E.D.. *Somatotip kak prediktor skorosti otveta na terapiyu SIOZS u patsientov s depressivnymi rasstroistvami* [The somatotype as a predictor of speed of response to treatment with SSRIs in patients with depressive disorders]. *Depressivnye rasstroistva (fundamental'nye, klinicheskie, obrazovatel'nye i ekzistentsial'nye problemy): materailly konf.* [Epidemiological and psychosocial perspectives for the study of depressive disorders] [Proc. of Conf. «Depressive disorders (basic, clinical, educational and existential problems)»]. Tomsk, 2003. pp. 321–330

Кот Т.Л. Социально-биологическая и клиническая характеристика обострений депрессий в условиях северного региона // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 2. С. 27–37.

Аннотация. Целью исследования было выявление социальных, биологических и клинических аспектов структуры обострений депрессивных расстройств у населения, проживающего в условиях ХМАО-Югры.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 181 пациента из числа проходивших лечение в КУ «Ханты-Мансийский клинический психоневрологический диспансер» за период с 2001 г. по 2013 г., из них 58 человек с депрессией эндогенной этиологии (первая подгруппа) и 123 человека – с депрессией, вызванной экзогенными факторами (вторая подгруппа).

В ходе исследования выявлены достоверные различия в заболеваемости депрессивными расстройствами у мужчин и у женщин. Средний

возраст пациентов неодинаков у мужчин и женщин в обеих подгруппах – у женщин возраст на 6-7 лет больше, чем у мужчин. Уровень образования пациентов оказывает значимое влияние на частоту обострений – в первой подгруппе преобладают пациенты со средним и в меньшей степени высшим образованием как среди мужчин, так и среди женщин, в то время как во второй подгруппе среди мужчин больше пациентов с начальным образованием, среди женщин – со средним образованием. Среди пациентов с депрессией, вызванной эндогенными факторами, нет четкой разницы между преобладающим аффективным компонентом и полом, среди больных депрессией, вызванной экзогенными факторами, у мужчин значительно чаще регистрировался тревожный аффективный оттенок, в то время как у женщин чаще наблюдалось смешанное состояние, сопровождающееся как тревогой, так и тоской. Тяжесть депрессивного эпизода достоверно связана с преобладающим клиническим аффектом в обеих подгруппах – тоскливый компонент аффективного фона чаще встречался при депрессиях тяжелой и средней степени тяжести.

Полученные данные позволяют сделать вывод о влиянии измененного фотопериода, свойственного для ХМАО-Югры как северного региона, на клинические и социальные особенности обострений депрессивных расстройств.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, тревога, тоска, уровень образования, возраст.

Информация об авторах:

Кот Тимур Леонидович, ассистент кафедры неврологии и психиатрии БУ ВО ХМАО-Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», Ханты-Мансийск, Россия, 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 40. Тел. 89821482474. F20.9@yandex.ru.

Kot T.L. Sotsial'no-biologicheskaya i klinicheskaya kharakteristika obostrenii depressii v usloviyakh severnogo regiona [Social, biological and clinical characteristics of depression exacerbations in a northern region] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 27-37.

Abstract. The aim of the study was to identify social, biological and clinical aspects of the structure of depressive disorders exacerbations in the population living in conditions of KHAMAO-Yugra.

A retrospective analysis of medical records of 181 patients treated in Public Institution «Khanty-Mansiysk clinical psycho-neurological dispensary» in the period from 2001 to 2013 was performed, of which 58 persons had depression of endogenous etiology (the first subgroup) and 123 persons had depression caused by exogenous factors (the second subgroup).

The study revealed significant differences in the incidence of depressive disorders in men and women. The average age of patients varies among men and women in both subgroups – women are 6-7 years older than men. The educational level of patients has a significant influence on the frequency of exacerbations: in the first subgroup patients having secondary and to a lesser extent higher education dominate both among men and among women, while in the second sub-group among men there are more patients with primary education, among women – with secondary education. Among patients with depression caused by endogenous factors, there is no clear difference between the predominant affective component and sex, among patients with depression caused by exogenous factors, in men anxiety affective connotation was significantly more often registered, while in women a mixed state, accompanied by both anxiety and dismay was more often observed. The severity of a depressive episode is significantly associated with the prevailing clinical affect in both groups – the dismay component of affective background was more often met in severe and moderate depressions.

The obtained data allow to draw a conclusion about the impact of the modified photoperiod, typical for KHAMAO-Yugra as of a Northern region, on clinical and social characteristics of depressive disorders exacerbations.

Key words: depressive disorders, anxiety, dismay, educational level, age.

Information about author:

Kot Timur, M.D., Assistant Lecturer, Neurology and Psychiatry Department, Khanty-Mansiysk State Medical Academy; 40, Mira ul., Khanty-Mansiysk, 628011, Russia, tel. +79821482474. *F20.9@yandex.ru*.

Поступила: 23.05.2016

Received: 23.05.2016

УДК 616.89-008.48-053.6

ББК Ю942-8

СОЦИАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АУТОАГРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Н.И. Комиссарова

Республиканская психиатрическая больница Минздрава Чувашии, Чебоксары, Россия

Введение

Психическое здоровье, психологическое благополучие и адаптивные возможности современных студентов являются предметом многочисленных исследований отечественных и зарубежных ученых [1, 3, 17]. Так, в фокусе внимания зарубежных ученых, изучающих здоровье современных студентов, чаще оказываются вопросы высокого риска формирования среди них аддиктивного поведения [4, 13], в частности злоупотребления алкоголем [14, 15, 19], табачной [11, 22] и наркотической зависимости [20, 21], зависимости от других психоактивных веществ [8, 12, 18], множественной зависимости [17], рискованных форм сексуального поведения [9, 16] и склонности к суицидам [5, 6, 7, 10]. Все эти формы поведения молодежи, несущие высокий риск не только здоровью, но и жизни человека, могут быть объединены общим понятием аутоагрессивного поведения.

С учетом того, что в научной литературе существует несколько взглядов на то, что называется аутодеструктивным поведением, в своей статье мы опираемся на точку зрения В.А. Руженкова с соавт. [2], согласно которой аутоагрессивное поведение включает в себя суицидальное и аутодеструктивное поведение. Аутодеструктивное поведение (синоним – саморазрушающее поведение) – это преднамеренные действия, следствием которых является физическое или психическое разрушение личности, не носящее осознанной цели лишения себя жизни [2].

В суицидальном поведении авторы выделяют внутренние формы с пассивными суицидальными мыслями, суицидальными замыслами и суицидальными намерениями и внешние формы – с попытками покушения на жизнь и завершённые суициды.

В структуре аутодеструктивного поведения выделена прямая аутодеструкция (нанесение видимых самоповреждений) и косвенная аутодеструкция, последствия которой отсрочены. Последняя подразделяется на активную (осознаваемую) – прием психоактивных веществ, рискованные виды спорта и т.п. и пассивную (неосознаваемую) – с выделением психосоматических заболеваний и подсознательного травматизма [2].

В данном исследовании информация об аутоагрессивном поведении студентов получена на основе их психологического исследования. Конкретные факты отдельных аутоагрессивных поступков студентов не рассматривались, а потому предметом исследования стали аутоагрессивные проявления личности, которые могут соответствовать реальным аутоагрессивным действиям.

Цель исследования – изучение психологических особенностей аутодеструктивных проявлений у студентов вуза во взаимосвязи с их социальными и поведенческими характеристиками.

Материал и методы

В данном исследовании приняли участие 52 студента технических и 45 студентов медицинских специальностей вузов г. Чебоксары. Среди исследуемых студентов 60 девушек и 37 юношей, средний возраст которых $19,1 \pm 0,9$ года. Более половины всех студентов (59,8%) являются уроженцами города.

В работе использовались следующие психологические методики: «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева (СЖО), «Опросник суицидального риска» (ОСР), «Уровень невротизации и психопатизации» (УНП, Ленинградский институт им. В.М. Бехтерева), «Мотивация потребления алкоголя» В.Ю. Завьялова (МПА).

Для реализации задач исследования также была разработана анкета, состоящая из 33 вопросов, направленная на получение социально-демографических данных студентов и информации об особенностях их социально-поведенческих характеристик, в частности, в отношении различных форм аутодеструктивных проявлений: курения, приёма алкоголя, употребления наркотиков, суицидальных тенденций и рискованных форм сексуальных практик.

Для обработки полученных данных применялись методы математической статистики – критерии сравнения (z-критерий) и метод Стьюдента для независимых выборок, а также коэффициент линейной корреляции Пирсона.

Результаты и их обсуждение

Четверть всех исследуемых курит, у 21,6% студентов выявляются признаки злоупотребления алкоголем. Половую жизнь ведут 61,9% всех испытуемых. Также пятая часть исследуемых студентов пробовали в своей жизни наркотики.

Гендерная специфика аутодеструктивных проявлений.

Анализ полученных данных показал, что исследуемые девушки младше юношей на полгода ($t = 2,384$; $p = 0,010$). Почти половина юношей (43,2%) и каждая седьмая девушка (13,3%) курят. Все исследуемые студенты начинали курить за компанию с друзьями во дворе или в школе в возрасте $15,4 \pm 2,4$ года, девушки позволяют себе выкурить меньше сигарет в день, чем юноши ($t = 3,291$; $p = 0,001$).

Юноши, в отличие от девушек, употребляют алкоголь, чтобы повысить настроение и получить удовольствие ($t = 3,869$; $p = 0,003$), из-за фиксации в сознании истинного влечения к алкоголю ($t = 3,838$; $p = 0,005$), также у них присутствует мотив самоповреждения ($t = 3,653$; $p = 0,0005$), для смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта, тревожности, сниженного настроения ($t = 2,877$; $p = 0,005$), и они нередко оказываются не в состоянии противостоять давлению референтной группы. Поэтому, по данным МПА, у 18,9% юношей встречается злоупотребление алкоголем ($z = 3,346$; $p = 0,002$). У девушек злоупотребление не определяется, а прием алкоголя носит эпизодический характер.

22,2% юношей и 5,0% девушек из исследуемых имеют опыт употребления наркотиков. При этом 13,9% этих юношей употребляли наркотики несколько раз ($z = 2,511$; $p = 0,010$), что свидетельствует о наличии у них более высокого риска развития наркотической зависимости. Каждая третья девушка считает наркотики безусловным злом, а среди юношей таких только четверть ($z = 4,631$; $p = 0,001$).

Половую жизнь ведут 94,6% юношей и 41,7% девушек. Юноши приобретают первый сексуальный опыт на два года раньше – в 15,6 года, а девушки – в 17,5 года ($t = 6,6$; $p = 0,001$). Только каждая десятая девушка согласна на контакт с незнакомым или малознакомым человеком, в то время как среди юношей таких – каждый второй ($z = 4,408$; $p = 0,001$). Девушки ищут стабильных отноше-

ний, и за последний год у большинства из них (72%) был только один постоянный партнер ($z = 2,642$; $p = 0,008$). Количество партнеров за год у юношей ограничилось только одним у 42,9%, а у 17,1% их количество превышало пятерых.

По данным ОСР, у девушек выше показатели по шкалам уникальность ($t = 2,336$; $p = 0,010$) и социальный пессимизм ($t = 4,260$; $p = 0,001$), что говорит о снижении их способности к поиску альтернативных решений в выходе из проблемных ситуаций и восприятию себя и этих ситуаций как что-то уникальное и исключительное.

Данная часть исследования показывает, что уровень суицидального риска у девушек выше в силу их большей аффективности восприятия мира, а также у них недостаточно сформированы антинаркотические барьеры. Среди юношей более распространены признаки алкогольной зависимости, зависимости от табака, сильнее риск развития наркотической зависимости и практикуются неоправданные риски в сексуальном поведении.

Специфика аутодеструктивных проявлений с учетом профиля обучения. Студенты медицинского профиля младше студентов технического вуза в среднем на год ($t = 6,042$; $p = 0,001$), и среди них преобладают девушки (83,3%), а среди студентов технического профиля – юноши (55,8%). Среди медиков каждый третий является единственным ребенком в семье, а у техников – только каждый десятый.

По данным методики УНП, у студентов-медиков определяется более высокий уровень невротизации ($t = 2,777$; $p = 0,007$), что свидетельствует об их тревожности, напряженности, безынициативности и зависимости.

Студенты-медики закурили более чем на год раньше ($t = 2,728$; $p = 0,008$). При этом девушки-медики выкуривают сигарет в день меньше, чем девушки-техники ($t = -3,274$; $p = 0,002$).

По данным МПА, употребление алкоголя в среде студентов-техников носит более выраженный характер ($t = 2,4$; $p = 0,01$), где мотивами приема спиртных напитков чаще являются: традиционный ($t = 2,463$; $p = 0,010$), атарактический ($t = 2,364$; $p = 0,010$) и аддиктивный ($t = 2,271$; $p = 0,010$). А наиболее выраженный мотив употребления алкоголя в среде девушек-медиков – гиперактивация поведения.

84,6% студентов-техников и 35,6% студентов-медиков ведут половую жизнь. Среди девушек-техников также преобладают ведущие половую жизнь ($z = 4,037$; $p = 0,001$). Две пятых всех студентов-техников согласны на сексуальный контакт с малознакомыми или незнакомыми людьми, в то время как среди медиков таких достоверно меньше – 13,3% ($z = 2,737$; $p = 0,006$). Техники в 7 раз чаще практикуют незащищенный секс. Среди девушек-техников также в 8 раз чаще допускается возможность незащищенного секса ($z = 3,254$; $p = 0,001$).

Итак, риск для здоровья студентов-техников представляют более высокая распространенность среди них признаков злоупотребления алкоголем и практикование рискованных сексуальных контактов. В среде студентов-медиков аутодеструктивные проявления в основном представлены в виде курения, что связано с преобладанием среди них девушек и их более младшим возрастом.

Урбанизационная специфика аутодеструктивных проявлений. По полученным данным, уроженцы города в 4 раза чаще являются единственным ребенком в семье ($z = 2,316$; $p = 0,010$). Городская молодежь начинает курить на год раньше (в $15,1 \pm 2,7$ года), спиртное они также пробуют раньше на 1,4 года ($t = -2,776$; $p = 0,007$). По данным МПА, такие мотивы употребления алкоголя как «похмельный» ($t = 3,464$; $p = 0,001$) и самоповреждение ($t = 4,265$; $p = 0,001$), ярче выражены у городской молодежи.

Первый сексуальный опыт сельская молодежь приобретает раньше – в $15,9 \pm 1,7$ года, а городская – в $16,6 \pm 1,6$ года. При этом каждый третий городской и каждый четвертый сельский житель готовы вступить в сексуальный контакт с малознакомыми или незнакомыми людьми ($z = 2,313$; $p = 0,001$).

Итак, городская молодежь начинает раньше практиковать рискованные формы поведения. Наличие «похмельного» мотива употребления алкоголя может свидетельствовать о проявлении злоупотребления алкоголем среди городской молодежи. Сельская молодежь раньше приобретает сексуальный опыт, но рискованное сексуальное поведение осуществляется одинаково среди городской и сельской молодежи.

Специфика аутодеструктивных проявлений в контексте употребления табака. Среди курящих студентов преобладают юноши, а среди некурящих – девушки ($z = 3,074$; $p = 0,002$). Куря-

щие на полгода старше некурящих ($t = 2,648$; $p = 0,009$). Каждый третий курящий студент является единственным ребенком в семье, а среди некурящих – только каждый десятый ($z = 2,352$; $p = 0,010$). Все закурили за компанию с друзьями во дворе или школе в возрасте $15,4 \pm 2,4$ года, а студенты, у которых в разные периоды жизни возникали суицидальные мысли, начинают курить почти на год раньше: в $14,8 \pm 2,6$ года ($t = -3,301$; $p = 0,001$). Выкуривают за день в среднем $9,7 \pm 6,2$ сигареты.

По данным МПА, традиционный ($t = 3,685$; $p = 0,001$), псевдокультуральный ($t = 2,744$; $p = 0,007$), гедонистический ($t = 2,448$; $p = 0,010$) и атарактический ($t = 3,732$; $p = 0,001$) мотивы употребления спиртных напитков ярче выражены у курящих студентов, а также среди них у 45,8% студентов выявляются признаки злоупотребления алкоголем, среди некурящих таких 15,1%.

1,4% некурящих студентов и 16,7% курящих неоднократно употребляли наркотики ($z = 2,409$; $p = 0,010$). При этом каждый третий курящий студент (37,5%) позитивно относится к употреблению «легких» наркотиков, среди некурящих таких студентов меньше – 12,3%.

Сексуальную жизнь ведут 91,7% курящих студентов и 52,1% некурящих. Половина курящих студентов не отрицает возможности сексуального контакта с малознакомыми или незнакомыми людьми и каждый пятый некурящий студент согласен с этим ($z = 3,055$; $p = 0,002$). Среди некурящих студентов каждый четвертый готов вступить в сексуальный контакт после употребления алкоголя, а в среде курящих студентов таких в 2 раза больше.

Итак, среди курящих студентов более ярко выражены аутодеструктивные проявления. Можно предположить, что наличие аутодеструктивного фактора в виде курения способствует формированию и других форм деструктивного поведения: злоупотребление спиртными напитками, недооценка вреда употребления наркотиков, неоправданно рискованное сексуальное поведение.

Специфика аутодеструктивных проявлений в контексте наличия сексуального опыта. Студенты, ведущие половую жизнь, на полгода старше студентов, не имеющих сексуального опыта ($t = 3,784$; $p = 0,001$). Начало половой жизни приходится на $16,4 \pm 1,7$ года. Среди студентов, ведущих половую жизнь, юношей немного больше девушек (58,3%), а в среде студентов, не имею-

щих сексуального опыта, почти все девушки – 94,6% ($z = 4,981$; $p = 0,001$). Две трети студентов, ведущих половую жизнь, проживают дома с родителями, а среди студентов, не имеющих сексуального опыта, их в два раза меньше ($z = 3,330$; $p = 0,001$). В среде студентов, ведущих половую жизнь, курящих в пять раз больше и сигарет они выкуривают за день больше ($t = 3,768$; $p = 0,001$).

По данным МПА, ведущие мотивы употребления алкоголя у студентов, ведущих половую жизнь, – это атарактический ($t = 3,347$; $p = 0,001$), гиперактивация поведения ($t = 3,310$; $p = 0,010$), мотив самоповреждений ($t = 2,746$; $p = 0,007$), гедонистический ($t = 2,434$; $p = 0,010$) и аддиктивный ($t = 2,421$; $p = 0,010$).

По данным ОСР, выявляется высокий показатель по шкале несостоятельность у студентов, не имеющих сексуального опыта ($t = -16,434$; $p = 0,001$), что говорит о негативном восприятии собственной личности, изолированности от окружающего мира.

Студенты, не ведущие половую жизнь, более осторожны и только некоторые из них допускают в будущем возможность сексуального контакта с малознакомыми или незнакомыми людьми (5,4%), незащищенного секса (5,4%) и секса после употребления алкоголя. Студенты, ведущие половую жизнь, спокойнее приемлют незащищенный секс ($z = 3,364$; $p = 0,001$), секс с малознакомыми или незнакомыми людьми ($z = 3,637$; $p = 0,001$) и секс после употребления алкоголя ($z = 3,426$; $p = 0,001$). Среди студентов, ведущих половую жизнь, только 38,3% полностью исключают возможность рискованного сексуального поведения, а в среде студентов, не имеющих сексуального опыта, их 81,1%.

Итак, среди студентов, ведущих половую жизнь, распространены различные аутодеструктивные проявления: признаки табачной зависимости, наличие множества мотивов употребления алкоголя, склонность к рискованным формам сексуального поведения. Студенты, не имеющие сексуального опыта, ощущают свою несостоятельность по поводу отсутствия у них половой жизни.

Специфика аутодеструктивных проявлений в контексте отношения к наркотикам. Студенты, считающие наркотики опасными, начинают курить более чем на год позже тех, которые не опасаются наркотиков ($t = 2,603$; $p = 0,010$), и сигарет они выкуривают меньше.

По данным СЖО, у студентов, не опасаящихся наркотиков, более выражены шкалы результата ($t = -4,523$; $p = 0,001$) и осмысленности жизни ($t = -2,405$; $p = 0,010$), что говорит об их удовлетворенности своей жизнью, ощущением осмысленности своей жизни.

По данным МПА, мотив самоповреждения более выражен у студентов, не считающих наркотики опасными ($t = -2,433$; $p = 0,010$). У половины студентов, не опасаящихся наркотиков, возникали суицидальные мысли, а среди тех, которые опасаются наркотиков, в два раза реже.

Итак, студенты, считающие наркотики опасными, ведут себя осторожнее и по отношению к другим проявлениям аутодеструктивного поведения. Те студенты, которые не опасаются наркотиков, стремятся испытать в жизни как можно больше ощущений, в том числе от некоторых форм аутодеструктивного поведения (курение, алкоголь).

Специфика аутодеструктивных проявлений в контексте отношения к вере. Среди верующих студентов преобладают девушки (70,2%), а в среде неверующих и не определившихся в своем отношении к вере – больше половины юноши – 56,7% ($z = 2,387$; $p = 0,010$).

13,3% неверующих студентов позитивно относятся к употреблению легких наркотиков. Также у 26,1% их них за последний год было более пяти сексуальных партнеров ($z = 2,833$; $p = 0,005$). В среде верующих студентов 14,9% допускают возможность незащищенного секса, а среди неверующих – каждый второй.

По данным ОСР, шкала уникальности более выражена у верующих студентов ($t = 2,443$; $p = 0,010$), что свидетельствует об их недостаточно развитой способности использовать свой и чужой жизненный опыт.

Итак, преобладание юношей среди неверующих студентов выявляет у них несформированность антинаркотического барьера и практикование рискованного сексуального поведения.

Корреляционные взаимосвязи. В ходе исследования проведен корреляционный анализ полученных параметров по Спирмену. Анализ показал, что юноши курят чаще ($r = -0,34$; $p < 0,01$) и выкуривают больше сигарет в день ($r = -0,31$; $p < 0,01$), чем девушки. «Похмельный» мотив употребления алкоголя коррелирует с количеством выкуриваемых сигарет ($r = -0,33$; $p < 0,01$) и коли-

чеством сексуальных партнеров за год ($r = -0,34$; $p < 0,01$). Это свидетельствует о том, что студенты с признаками злоупотребления алкоголем склонны к сексуальным рискам в виде частой смены партнеров и у них намечаются признаки табачной зависимости. Мотив употребления алкоголя как самоповреждение коррелирует со шкалами максимализм ($r = -0,92$; $p < 0,01$) и социальный пессимизм ($r = -0,58$; $p < 0,01$). Это говорит о том, что студенты, которые воспринимают окружающий мир враждебным по отношению к себе и постоянно фиксируют свое внимание на неудачах, употребляют алкоголь из-за того, что не видят для себя будущих перспектив. Также коррелирует гедонистический мотив приема алкоголя и допустимость группового секса ($r = -0,92$; $p < 0,01$), т.е. люди, стремящиеся к получению удовольствия, склонны к рискованным формам сексуального поведения.

Обсуждая полученные результаты, стоит заметить, что система отношения студентов к курению, приему алкоголя, наркотиков, а также к рискованным формам сексуального поведения по-разному проявляется в зависимости от гендерных различий, социодемографических характеристик, установок и поведенческих реакций. Наличие аутодеструктивного фактора в виде курения способствует формированию и других форм деструктивного поведения. Наличие или отсутствие сексуального опыта также сказывается на реализации саморазрушительного поведения. Также выявлено, что студенты, считающие наркотики опасными, ведут себя осторожнее и по отношению к другим проявлениям аутодеструктивного поведения. Те студенты, которые не опасаются наркотиков, стремятся испытать в жизни как можно больше ощущений, в том числе от некоторых форм аутодеструктивного поведения. Данные результаты в целом соответствуют зарубежным данным, полученным в различных странах и исследовании студентов вузов и колледжей [1, 3, 11, 14, 18, 21].

Заключение

В результате проведенного исследования получены данные о социально-поведенческих характеристиках студентов, связанных со спецификой отмеченных у них аутоагрессивных проявлений. В частности, выявлены определенные гендерные различия в специфике аутодеструктивного поведения. Так, уровень суицидального риска у девушек выше в силу их большей аффективности

восприятия мира, а также у них недостаточно сформированы антинаркотические барьеры. Среди юношей более распространены признаки алкогольной зависимости, зависимости от табака, сильнее риск развития наркотической зависимости и практикуются неоправданные риски в сексуальном поведении.

Достоверно различаются аутодеструктивные проявления у студентов в связи с профилем обучения в вузе. Риск для здоровья выше у студентов-техников из-за более высокой распространенности среди них признаков зависимости от алкоголя и практикования рискованных сексуальных контактов. В среде студентов-медиков аутодеструктивное поведение в основном проявляется в виде курения, что связано с преобладанием среди них девушек и их младшим возрастом. Также городская молодежь более склонна к саморазрушительному поведению, чем сельская. Это доказывает влияние социально-демографических характеристик личности на проявления аутодеструктивного поведения.

Наличие аутодеструктивного фактора в виде курения способствует формированию и других форм аутодеструктивного поведения: злоупотребление спиртными напитками, недооценка вреда употребления наркотиков, неоправданно рискованное сексуальное поведение.

Сексуальный опыт также сказывается на реализации аутодеструктивного поведения. Так, среди студентов, ведущих половую жизнь, распространены различные проявления аутодеструктивного поведения: признаки табачной зависимости, наличие большего количества мотивов употребления алкоголя, склонность к рискованным формам сексуального поведения.

Студенты со сформированным антинаркотическим барьером ведут себя осторожнее и по отношению к другим проявлениям аутодеструктивного поведения. Те же студенты, у которых недостаточно сформирован антинаркотический барьер, демонстрируют отсутствие антитабачного и антиалкогольного барьеров.

Проведенный анализ свидетельствует о существовании среди студентов высокого риска различных форм аутоагрессивного поведения, что, по-нашему мнению, обязательно должно учитываться при организации в вузах воспитательной и профилактической работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Романов С.Н., Николаев Е.Л., Голенков А.В. Сравнительное исследование адаптивных характеристик личности у студентов и врачей // Вестник Чувашского университета. 2012. № 3. С. 469–473.
2. Руженков В.А., Лобов Г.А., Боева А.В. К вопросу об уточнении содержания понятия «аутоагрессивное поведение» // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2008. № 32. С. 20–24.
3. 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: 21.04.2016).
4. Alexander B.K., Schweighofer A.R.F. The prevalence of addiction among university students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1989; 2: 116–23.
5. Bantjes J.R., Kagee A., McGowan T., Steel H. Symptoms of posttraumatic stress, depression and anxiety as predictors of suicidal ideation among South African university students. *J Am Coll Health*, 2016 Apr; 18:0 [Epub ahead of print].
6. Bozzay M.L., Karver M.S., Verona E. Linking insomnia and suicide ideation in college females: The role of socio-cognitive variables and depressive symptoms in suicide risk. *J Affect Disord*, 2016 Apr 12; 199: 106–113. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.012.
7. Brackman E.H., Morris B.W., Andover M.S. Predicting Risk for Suicide: A Preliminary Examination of Non-Suicidal Self-Injury and the Acquired Capability Construct in a College Sample. *Arch Suicide Res*, 2016 Mar 23.
8. Cook D.R. Self-identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1987; 1: 55–61.
9. Donatello R.A., De Rosa C.J., Moulton B.D., Chung E.Q., Viola R., Rohrbach L.A., Afifi A.A. Patterns of Sexual Experience Among Urban Latino and African American Ninth Grade Students. *J Sex Res*, 2016 May 2: 1–12.
10. Drum D.J., Brownson C., Hess E.A., Burton Denmark A., Talley A.E. College Students' Sense of Coherence and Connectedness as Predictors of Suicidal Thoughts and Behaviors. *Arch Suicide Res*, 2016 Apr 6.
11. Gong M., Liang Z.Y., Zhang Y.Y., Shadel W.G., Zhou L., Xiao J. Implementation of the Tobacco-Free Campus Policy on College Campuses-Evidence from a Survey of College Students in Beijing. *Nicotine Tob Res*, 2016 Apr 27. pii: ntw125.
12. Hagos E.G., Asfeha G.G., Berihu B.A. Prevalence of substance abuse among regular degree health science students in Sheba University College in Mekelle Town, Tigray – Ethiopia. *J Neurosci Rural Pract*, 2016 Apr-Jun; 7(2): 200–5. doi: 10.4103/0976-3147.178670.
13. Henslee A.M., Irons J.G., Bonn-Miller M.O. Celebrating St. Patrick's Day: Students' Expectations, Intent, and Behavior. *J Psychoactive Drugs*, 2016 Mar 25: 1–6.
14. Ladekjær Larsen E., Smorawski G.A., Kragbak K.L., Stock C. Students' drinking behavior and perceptions towards introducing alcohol policies on university campus in Denmark: a focus group study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2016 Apr. 29; 11(1): 17. doi: 10.1186/s13011-016-0060-7.

15. Lamis D.A., Ballard E.D., May A.M., Dvorak R.D. Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in College Students: The Mediating and Moderating Roles of Hopelessness, Alcohol Problems, and Social Support. *J Clin Psychol*, 2016 Mar 23. doi: 10.1002/jclp.22295.
16. Lindquist C.H., Crosby C.M., Barrick K., Krebs C.P., Settles-Reaves B. Disclosure of Sexual Assault Experiences among Undergraduate Women at Historically Black Colleges and Universities (HBCUs). *J Am Coll Health*, 2016 Apr 26:0.
17. MacLaren V.V., Best L.A. Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 2010; 35: 252–5.
18. Patrick M.E., Schulenberg J.E., O'Malley P.M. High School Substance Use as a Predictor of College Attendance, Completion, and Dropout: A National Multi-cohort Longitudinal Study. *Youth Soc.*, 2016 May 1; 48(3): 425–47.
19. Priolo-Filho SR, Williams LC. Child Abuse as a Predictor of Alcohol Consumption Among Brazilian University Students. *J Interpers Violence*, 2016 Apr 1. pii: 0886260516640775.
20. Trojanowska M. Stimulant Use by Medical Students. *J S C Med Assoc.*, 2015 Mar-Apr; 111(1): 32.
21. Zander M.E., Norton-Baker M., De Young K.P., Looby A. The Role of Anonymity in Determining the Self-Reported Use of Cocaine and Nonmedical Prescription Stimulant Use Among College Students. *Subst Use Misuse*, 2016 Apr 20: 1–8.
22. Zedini C., Cheikh A.B., Mallouli M., Limam M., Sahli J., Ghardallou M.E., Mtraou A., Ajmi T. Prevalence of and factors associated with smoking among students in Sousse, Tunisia. *East Mediterr Health J.*, 2016 Apr 19; 22(1): 39–46.

REFERENCES

1. Romanov S.N., Nikolaev E.L., Golenkov A.V. *Sravnitel'noe issledovanie adaptivnykh kharakteristik lichnosti u studentov i vrachei* [Personality adaptive characteristics in students and physicians: comparative study]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*, 2012, no. 3, pp. 469–473.
2. Ruzhenkov V.A., Lobov G.A., Boeva A.V. *K voprosu ob utochnenii soderzhaniya ponyatiya "autoagressivnoe povedenie"* [The question of improving the content of the concept of "auto-aggressive behavior"]. *Nauchno-meditsinskii vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ya* [Scientific and Medical Bulletin of the Central Black Soil Region], 2008, no. 32, pp. 20–24.
3. 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, humanitarnykh 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* [Psychological Science and Education PSYEDU.ru], 2014, no. 3. Available at: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Enikolopov_et_al.phtml (Accessed 21.04.2016) (In Russ., Abstr. in Engl.)
4. Alexander B.K., Schweighofer A.R.F. The prevalence of addiction among university students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1989; 2: 116–23.

5. Bantjes J.R., Kagee A., McGowan T., Steel H. Symptoms of posttraumatic stress, depression and anxiety as predictors of suicidal ideation among South African university students. *J Am Coll Health*, 2016 Apr; 18:0 [Epub ahead of print].
6. Bozzay M.L., Karver M.S., Verona E. Linking insomnia and suicide ideation in college females: The role of socio-cognitive variables and depressive symptoms in suicide risk. *J Affect Disord*, 2016 Apr 12; 199: 106–113. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.012.
7. Brackman E.H., Morris B.W., Andover M.S. Predicting Risk for Suicide: A Preliminary Examination of Non-Suicidal Self-Injury and the Acquired Capability Construct in a College Sample. *Arch Suicide Res*, 2016 Mar 23.
8. Cook D.R. Self-identified addictions and emotional disturbances in a sample of college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1987; 1: 55–61.
9. Donatello R.A., De Rosa C.J., Moulton B.D., Chung E.Q., Viola R., Rohrbach L.A., Afifi A.A. Patterns of Sexual Experience Among Urban Latino and African American Ninth Grade Students. *J Sex Res*, 2016 May 2: 1–12.
10. Drum D.J., Brownson C., Hess E.A., Burton Denmark A., Talley A.E. College Students' Sense of Coherence and Connectedness as Predictors of Suicidal Thoughts and Behaviors. *Arch Suicide Res*, 2016 Apr 6.
11. Gong M., Liang Z.Y., Zhang Y.Y., Shadel W.G., Zhou L., Xiao J. Implementation of the Tobacco-Free Campus Policy on College Campuses-Evidence from a Survey of College Students in Beijing. *Nicotine Tob Res*, 2016 Apr 27. pii: ntw125.
12. Hagos E.G., Asfeha G.G., Berihu B.A. Prevalence of substance abuse among regular degree health science students in Sheba University College in Mekelle Town, Tigray – Ethiopia. *J Neurosci Rural Pract*, 2016 Apr-Jun; 7(2): 200–5. doi: 10.4103/0976-3147.178670.
13. Henslee A.M., Irons J.G., Bonn-Miller M.O. Celebrating St. Patrick's Day: Students' Expectations, Intent, and Behavior. *J Psychoactive Drugs*, 2016 Mar 25: 1–6.
14. Ladekjær Larsen E., Smorawski G.A., Kragbak K.L., Stock C. Students' drinking behavior and perceptions towards introducing alcohol policies on university campus in Denmark: a focus group study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2016 Apr. 29; 11(1): 17. doi: 10.1186/s13011-016-0060-7.
15. Lamis D.A., Ballard E.D., May A.M., Dvorak R.D. Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in College Students: The Mediating and Moderating Roles of Hopelessness, Alcohol Problems, and Social Support. *J Clin Psychol*, 2016 Mar 23. doi: 10.1002/jclp.22295.
16. Lindquist C.H., Crosby C.M., Barrick K., Krebs C.P., Settles-Reaves B. Disclosure of Sexual Assault Experiences among Undergraduate Women at Historically Black Colleges and Universities (HBCUs). *J Am Coll Health*, 2016 Apr 26:0.
17. MacLaren V.V., Best L.A. Multiple addictive behaviors in young adults: Student norms for the Shorter PROMIS Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 2010; 35: 252–5.
18. Patrick M.E., Schulenberg J.E., O'Malley P.M. High School Substance Use as a Predictor of College Attendance, Completion, and Dropout: A National Multi-cohort Longitudinal Study. *Youth Soc.*, 2016 May 1; 48(3): 425–47.

19. Priolo-Filho SR, Williams LC. Child Abuse as a Predictor of Alcohol Consumption Among Brazilian University Students. *J Interpers Violence*, 2016 Apr 1. pii: 0886260516640775.
20. Trojanowska M. Stimulant Use by Medical Students. *J S C Med Assoc.*, 2015 Mar-Apr; 111(1): 32.
21. Zander M.E., Norton-Baker M., De Young K.P., Looby A. The Role of Anonymity in Determining the Self-Reported Use of Cocaine and Nonmedical Prescription Stimulant Use Among College Students. *Subst Use Misuse*, 2016 Apr 20: 1–8.
22. Zedini C., Cheikh A.B., Mallouli M., Limam M., Sahli J., Ghardallou M.E., Mtiraou A., Ajmi T. Prevalence of and factors associated with smoking among students in Sousse, Tunisia. *East Mediterr Health J.*, 2016 Apr 19; 22(1): 39–46.

Комиссарова Н.И. Социально-поведенческие характеристики аутоагрессивных проявлений среди студенческой молодежи // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 2. С. 38–53.

Аннотация

Введение. Целью работы было изучение психологических особенностей аутодеструктивных проявлений у студентов вуза во взаимосвязи с их социальными и поведенческими характеристиками.

Материал и методы. Исследованы 97 студентов вуза в возрасте $19,1 \pm 0,9$ года. В работе использованы анкета, методика смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева, опросник суицидального риска, оценка уровня невротизации и психопатизации, методика на определение мотивации потребления алкоголя В.Ю. Завьялова.

Результаты. Выявлено, что уровень суицидального риска у девушек выше в силу их большей аффективности восприятия мира. У них также недостаточно сформированы антинаркотические барьеры. Среди юношей более распространены признаки злоупотребления алкоголем, табаком, выше риск развития наркотической зависимости. Ими практикуются рискованные формы сексуального поведения.

Риск для здоровья выше у студентов-техников из-за более высокой распространенности среди них признаков злоупотребления алкоголем и практики рискованных сексуальных контактов. В среде студентов-медиков аутодеструктивное поведение чаще проявляется курением, что связано с преобладанием среди них девушек и их младшим возрастом. Городская молодежь более склонна к саморазрушительному поведению, чем сельская.

Наличие сексуального опыта сказывается на особенностях реализации аутодеструктивного поведения. Так, среди студентов, ведущих половую жизнь, распространены признаки табачной и алкогольной зависимости, у них выявлено большее число мотивов употребления алкоголя, определена склонность к рискованным формам сексуального поведения.

Студенты со сформированным антинаркотическим барьером ведут себя осторожнее и по отношению к другим проявлениям аутодеструктивного поведения. Те же студенты, у которых недостаточно сформирован антинаркотический барьер, демонстрируют отсутствие антитабачного и антиалкогольного барьеров.

Заключение. Проведенный анализ свидетельствует о существовании среди студентов высокого риска различных форм аутоагрессивного поведения, что обязательно должно учитываться при организации в вузах воспитательной и профилактической работы.

Информация об авторе:

Комиссарова Надежда Ивановна, медицинский психолог БУ «Республиканская психиатрическая больница» Минздрава Чувашии. Россия, 428015, г. Чебоксары, ул. Пирогова, 6. Тел. +7 8352 580383. rpbchuv@med.cap.ru.

Komissarova N.I. Sotsial'no-povedencheskie kharakteristiki autoagressivnykh proyavlenii sredi studencheskoi molodezhi [Social and behavioral characteristics of auto-aggressive manifestations in university youth] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 38–53.

Abstract

Introduction. The aim of the work was to study psychological characteristics of auto-aggressive manifestations in university students in relation to their social and behavioral characteristics.

Material and methods. 97 university students aged 19.1 0.9 years were studied. The questionnaire, D.A. Leontiev's technique of life-purpose orientations, risk of suicidality questionnaire, assessment of neurotization and psychopathy level, V.Y. Zavyalov's technique to determine the motivation for alcohol consumption were used.

Results. It was revealed that the level of suicidality risk in girls is higher by virtue of their greater affectivity perception of the world. Anti-drug barriers are formed insufficiently in them as well. Among young men symptoms of alcohol and tobacco abuse are more common; the risk for addiction developing is higher. They engage in risky sexual behaviors.

The health risk is higher in students-technicians due to higher prevalence of alcohol abuse signs and practice of risky sexual contacts. Among medical students auto-aggressive behavior is often manifested by smoking, which is connected with girls' predominance among them and their younger age. Urban youth is more prone to auto-aggressive behavior than rural youth.

Sexual experience affects the features of self-destructive behavior. For example, among sexually active students symptoms of tobacco dependence are

common, they showed more motives for alcohol consumption, their tendency to risky forms of sexual behavior was determined as well.

Students with formed anti-drug barrier behave more cautiously with respect to other manifestations of self-destructive behavior as well. Those students in whom anti-drug barrier is not sufficiently formed demonstrate absence of anti-tobacco and anti-alcohol barriers.

Conclusion. The analysis performed indicates the existence of high risk and various forms of autoaggressive behavior in students that should be taken into account while organizing educational and preventive work in higher educational institutions.

Keywords: students, auto-aggressive behavior, autodestructive behavior, alcohol, smoking, suicide, risky sexual practices.

Information about author:

Komissarova Nadezhda, clinical psychologist, Republican Psychiatric Hospital of Health Ministry of Chuvashia. 6 Pirogova ul., Cheboksary, 428015, Russia. Tel. +7 8352 580383. rpbchuv@med.cap.ru.

Поступила: 15.02.2016

Received: 15.02.2016

УДК 616.1-052:[304.3:330.12]

ББК Ю971.1

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ, У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.Ю. Лазарева

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

Введение

Категория качества жизни в последние годы все чаще привлекает внимание исследователей. По предложению Всемирной организации здравоохранения под качеством жизни понимается характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [10], хотя существуют и другие определения. Оценка качества жизни больных играет важную роль в определении поведенческих, когнитивных и эмоциональных реакций на заболевание. В связи с чем разрабатываются программы психокоррекционной работы с кардиологическими больными, учитывающие параметры качества жизни [6], проводятся исследования динамики психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца [8].

В сравнительном исследовании больных фибрилляцией предсердий и легочной артериальной гипертензией А.Н. Алёхина, И.О. Чумаковой, Е.В. Андреевой, Е.А. Трифионовой [4] показано, что качество жизни больных существенно снижено, в наибольшей мере – у больных с легочной артериальной гипертензией. Вместе с тем пациенты с легочной артериальной гипертензией, несмотря на имеющиеся физические ограничения, более успешно, чем больные с фибрилляцией предсердий, адаптируются к ситуации заболевания, что обусловлено особенностями течения болезни и ее социальных последствий.

Согласно исследованию Н.Ю. Кувшиновой [6], качество жизни пациентов с ИБС существенно отличается от качества жизни здоровых. Например, у пациентов с ИБС выявляется значительное

снижение удовлетворенности различными сторонами жизнедеятельности, за исключением сферы духовности.

Исследование Н.Е. Кругловой качества жизни, связанного со здоровьем [5], показало, что благоприятным прогностическим признаком возвращения к труду у больных ИБС, перенесших стентирование коронарных артерий, является высокий уровень физической активности до операции, а у больных ИБС, перенесших операцию коронарного шунтирования – существенное ограничение социальной активности в дооперационном периоде, обусловленное физическим состоянием. С учетом изменения восприятия собственной личности и ситуации своей болезни изменяется и качество жизни больных.

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, по мнению Н.Ю. Кувшиновой [6], являются достоверное повышение интегрального показателя качества жизни и значений составляющих его психологической сферы и сферы социальных отношений.

Материал и методы

Исследованы кардиологические больные в количестве 185 человек с диагнозами ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и пороками сердца. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 37,3 %, испытуемых с ИБС – 32,3 %, испытуемых с ПС – 30,3%.

Качество жизни как показатель, отражающий общее благополучие и степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности больного ССЗ, диагностировался с помощью опросника оценки качества жизни SF-12 [15, 20].

Опросник SF-12 представляет собой краткую форму, состоящую из 12 пунктов, опросника SF-36, широко используемого в соматической клинике для оценки качества жизни, связанного с психическим и физическим здоровьем [18, 14, 17].

Результаты представляются в виде 8 шкал:

- физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.) (PF);
- влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности) (RP);
- интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома (BP);
- общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения (GH);
- жизненная активность, жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) (VT);
- социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение) (SF);
- влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (RE);
- психическое здоровье, его самооценка, характеризуют настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) (MH).

Сырые баллы находятся суммированием баллов по ответам на вопросы. Преобразованные баллы находятся в соответствии со специальной формулой и таблицей. 1-4 шкалы группируются в показатель «физический компонент здоровья», 5-8 шкалы – в показатель «психологический компонент здоровья» [15, 20].

Для больных имеет смысл выделять категорию качества жизни, связанную со здоровьем, ориентированную не на клинический диагноз, а определяющую степень удовлетворенности больного своим физическим и психическим функционированием с учетом наличия заболевания.

Результаты

Исследование психологических особенностей удовлетворенности больных ССЗ своим физическим и психическим здоровьем,

отражающей основные параметры качества жизни, связанного со здоровьем, проводилось при помощи опросника оценки качества жизни SF-12 [16, 21]. Подсчитывались баллы по восьми шкалам опросника. В качестве показателей нормативной группы использовались результаты, приведенные в работе Ю.В. Игнатьева [2]. Результаты проведенного сравнительного анализа группы здоровых и больных ССЗ представлены в таблице.

Показатели шкал методики SF-12 у больных ССЗ в сравнении с нормативной группой ($M \pm \sigma$)

Наименование шкалы	Обозначение	Больные ССЗ ($n = 180$)	Нормативная группа ($n = 60$)	Достоверность различий	
				t	p
1. Физическая активность	PF	50,0±30,9	49,7±34,6	0,1	0,958
2. Влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности	RP	46,3±28,5	41,6±48,8	0,8	0,373
3. Интенсивность боли и её влияние на повседневную деятельность	BP	58,3±27,4	54,2±26,1	1,0	0,305
4. Общее состояние здоровья	GH	36,3±18,1	33,3±20,1	1,0	0,291
5. Жизнеспособность	VT	45,9±25,5	50,6±20,6	-1,3	0,196
6. Социальная активность	SF	58,5±28,3	62,1±30,4	-0,8	0,413
7. Влияние эмоционального состояния на выполнение повседневной деятельности	RE	53,2±46,4	31,6±40,0	3,2	0,002
8. Самооценка психического здоровья	MH	60,72±19,43	60,83±14,76	-0,04	0,968

Показатели самооценки своего физического и психического здоровья больных ССЗ и нормативной группы достоверно близки практически по всем параметрам: физическая активность; влияние физического состояния на выполнение будничной деятельности; интенсивность боли и её влияние на повседневную деятельность; общее состояние здоровья; жизнеспособность; социальная

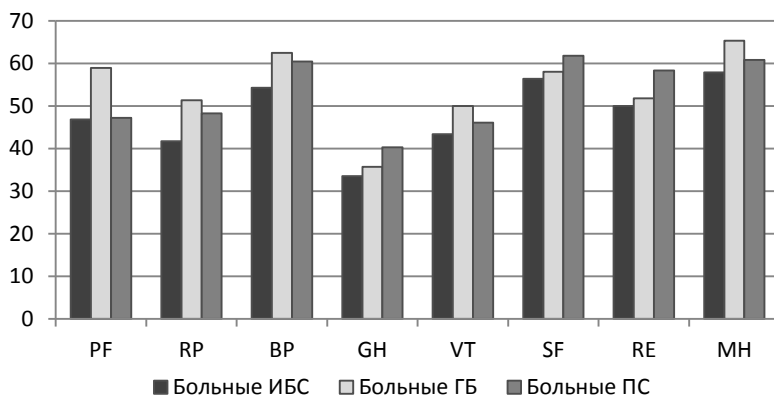
активность; психическое здоровье. Единственным показателем, отличающим больных ССЗ от здоровых, является влияние эмоционального состояния на выполнение больными своей повседневной деятельности.

Следовательно, можно сказать, что в целом общая оценка своего физического ($36,3 \pm 18,1$ и $33,3 \pm 20,0$, соответственно; $p > 0,05$) и психического здоровья ($60,7 \pm 19,4$ и $60,8 \pm 14,7$, соответственно; $p > 0,05$) при сердечно-сосудистой патологии меняется незначительно. Больные склонны считать себя практически здоровыми и не находят в заболевании тех причин, которые бы значительно ограничивали их физическое ($50,0 \pm 30,9$ и $49,7 \pm 34,6$, соответственно; $p > 0,05$) или социальное функционирование ($58,5 \pm 28,3$ и $62,1 \pm 30,4$, соответственно; $p > 0,05$). Примечательно, что больные ССЗ отмечают меньшую связь своего эмоционального состояния с выполнением работы или любой другой повседневной деятельности, чем группа здоровых ($p < 0,01$).

Получить более полную картину об особенностях физического и психического функционирования больных с учетом их принадлежности к определенной клинической группе можно при межгрупповом сравнении показателей SF-12 (рисунок). Так, при помощи однофакторного дисперсионного анализа определены достоверные различия по уровню физической активности (шкала PF) между больными исследуемых клинических групп ($46,8 \pm 29,3$; $58,9 \pm 26,5$; $47,2 \pm 35,2$; $p < 0,05$). Это свидетельствует, что больные ГБ приписывают себе самую высокую активность ($58,9 \pm 26,5$; $p < 0,05$), отмечая, что в выполнении умеренных физических нагрузок они ограничены незначительно. Самые низкие показатели оценки собственной физической активности – у больных с ИБС ($46,81 \pm 29,3$; $p < 0,05$), что отражает их реальную оценку своих значительно сниженных возможностей, связанных с наличием соматического заболевания. Группа больных ПС по самооценке своей физической активности находится в промежуточном положении между больными ГБ и ИБС.

Аналогичная ситуация между клиническими группами определяется и при оценке больными собственного психического здоровья. У больных ГБ наблюдается тенденция чаще чувствовать себя спокойными и умиротворенными и реже – упавшими духом и печальными ($65,3 \pm 18,1$; $p < 0,05$). Последнее состояние более ха-

рактально для больных ИБС ($57,8 \pm 19,5$; $p < 0,05$), что отражает их более низкие показатели по данной шкале. Больные ПС по самооценке психического здоровья также достоверно отличаются как от группы больных ГБ, так и от группы больных ИБС, занимая среднее между ними положение.



Средние значения шкал методики SF-12
у больных ССЗ различных клинических групп

Полученные данные помогают получить представление о положительной оценке определенных характеристик качества жизни у больных ССЗ в соответствии с тремя самыми высокими показателями шкал опросника SF-12. Так, для больных ИБС этими сферами в порядке убывания актуальности будут: психическое здоровье, социальная активность и интенсивность боли. При ГБ приоритеты несколько иные: психическое здоровье, физическая активность и также интенсивность боли. При ПС значимость сфер физического и психического функционирования распределяется так же как у здоровых: социальная активность, психическое здоровье и интенсивность боли. Причем два последних показателя при ПС значительно меньше, чем в норме. Соответственно, можно предположить, что описанные проявления качества жизни у больных ССЗ представляют собой сферу максимальной значимости для личности. В каждой исследуемой группе они имеют свою клиническую специфику.

Обобщая результаты изучения общей удовлетворенности обследованных своим физическим и психическим здоровьем, важно заметить, что в зависимости от клинической картины заболевания она может носить адекватный или менее адекватный, чем у здоровых, характер. Это может сказываться как на отношении больного к своему заболеванию, так и на его образе жизни и отношении к лечению. В то же время у всех больных отчетливо прослеживается различная степень взаимосвязи физического состояния с психоэмоциональными характеристиками личности, что еще раз подтверждает значимость исследования эмоциональной сферы больных ССЗ.

Заключение

Показатели качества жизни, связанного со здоровьем у больных ГБ, свидетельствуют об их субъективно высокой степени удовлетворенности уровнем своего физического и психического функционирования, что, как правило, свидетельствует о снижении критичности и не отражает их объективное физическое состояние.

Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных ПС в целом отличается позитивной субъективной оценкой психического здоровья и чуть меньшей оценкой физического здоровья, что отражает склонность больных к ипохондричности.

Психологическая помощь больным ССЗ должна быть направлена, по нашему мнению, на повышение их личностного адаптационного потенциала, в том числе за счет уменьшения влияния факторов кардиального риска, совершенствования навыков осознанной регуляторной деятельности, развития личностных и межличностных ресурсов адаптации, перевода их из латентного состояния в активное, повышения качества жизни больных в условиях хронического заболевания, и помогать достигать в конечном итоге больными состояния внутрличностной и межличностной гармонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатьев Ю.В. Социокультуральные детерминанты психического здоровья этнических меньшинств (на модели немецкого этноса в Республике Казахстан): дис. ... д-ра мед. наук. Алматы, 2008. 261 с.
2. Алёхин 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. Круглова Н.Е. Психологические факторы прогноза возвращения к труду больных ИБС после высокотехнологичного хирургического лечения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2013. 24 с.
4. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. 29 с.
5. Лебедева У.В. Динамика психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с жизнеопасными нарушениями ритма сердца: дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2006. 258 с.
6. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. С. 52–57.
7. 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.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
9. O'Neil A., Hawkes A.L., Chan B. et al. A randomised, feasibility trial of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression ('MoodCare'): study protocol. *BMC Cardiovasc. Disord.*, 2011, , Feb 25, vol. 11, p. 8.
10. Hurst N.P., Ruta D.A. et al. Comparison of the MOS short form-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatol.*, 1998, vol. 37, no. 8, pp. 862–869.
11. Häuser W., Wambach S., Schiedermaier P. et al. Increased demand for psychosomatic consultation service (C-service) in a department of cardiology/pneumology due to psychometric screening. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 2001, vol. 51(6), pp. 261–263.
12. Manzoni G.M., Castelnuovo G., Molinari E. The Written-Heart study (expressive writing for heart healing): rationale and design of a randomized controlled clinical trial of expressive writing in coronary patients referred to residential cardiac rehabilitation. *Health Qual. Life Outcomes*, 2011, Jul 8, vol. 9, p. 51.
13. Ware J.E. Jr., Kosinski M., Turner–Bowker D.M., Gandek B. User's Manual for the SF-12v2 Health Survey with a supplement documenting SF-12 Health Survey. Lincoln: Rh. Quality Metric incorporated, 2002.

REFERENCES

1. Ignat'yev Yu.V. *Sotsiokul'tural'nye determinanty psikhicheskogo zdorov'ya etnicheskikh men'shinstv (na modeli nemetskogo etnosa v Respublike Kazakhstan)* [Socio-cultural determinants of mental health of ethnic minorities (on the model of German ethnic group in Republic of Kazakhstan). Doct. Diss]. Almaty, 2008. 261 p.
2. Alekhin A.N., Trifonova E.A., Chumakov I.O. et al. *Klinicheskie faktory kachestva zhizni bol'nykh s fibrillyatsiey predserdiya, 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. Kruglova N.E. *Psikhologicheskie faktory prognoza vozvrashcheniya k trudu bol'nykh IBS posle vysokotekhnologichnogo khirurgicheskogo lecheniya: avtoref. dis.... kand. psikhol. nauk* [Psychological factors of work reconversion prognosis of ischemic heart disease after high-technology surgery. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2013, 24 p.
4. Kuvshinova N.Yu. *Psikhokorreksionnaya rabota s bol'nymi ishemicheskoi boleznyu serdtsa s uchetom parametrov kachestva zhizni: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Quality-of-life parameters-based psychological intervention with ischemic heart disease patients. Abstract of PhD thesis]. St. Petersburg, 2011, 29 p.
5. Lebedeva U.V. *Dinamika psikhoemotsional'nogo statusa i kachestva zhizni patsientov s zhizneopasnymi narusheniyami ritma serdtsa: dis.... d-ra med. nauk* [Psychoemotional status and quality of life dynamics in patients with life-threatening arrhythmia. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2006, 258 p.
6. Myasoedova N.A. Tkhostova E.B., Belousov Yu.B. *Otsenka kachestva zhizni pri razlichnykh serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh* [Quality of life assessment in various cardiovascular diseases]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika* [High-quality clinical practice], 2002, no. 1, pp. 52–57.
7. Nikolaev E.L., Hartfelder D.V., Lazareva E.Y. *Lichnost' kardiologicheskogo patsienta: vozmozhnosti adaptatsii, mezhlchnostnoye vzaimodeystniye* [Cardiac patient personality: adaptation ability and interpersonal interaction]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2014, 302 p.
8. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine* [Guide to the study of quality of life in medicine]. Moscow, Olma Media Group Publ., 2007, 320 p.
9. O'Neil A., Hawkes A.L., Chan B. et al. A randomised, feasibility trial of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression ('MoodCare'): study protocol. *BMC Cardiovasc. Disord.*, 2011, , Feb 25, vol. 11, p. 8.
10. Hurst N.P., Ruta D.A. et al. Comparison of the MOS short form-12 (SF12) health status questionnaire with the SF36 in patients with rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatol.*, 1998, vol. 37, no. 8, pp. 862–869.
11. Häuser W., Wambach S., Schiedermaier P. et al. Increased demand for psychosomatic consultation service (C-service) in a department of cardiology/pneumology due to psychometric screening. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 2001, vol. 51(6), pp. 261–263.
12. Manzoni G.M., Castelnuovo G., Molinari E. The Written-Heart study (expressive writing for heart healing): rationale and design of a randomized controlled clinical trial of expressive writing in coronary patients referred to residential cardiac rehabilitation. *Health Qual. Life Outcomes*, 2011, Jul 8, vol. 9, p. 51.
13. Ware J.E. Jr., Kosinski M., Turner-Bowker D.M., Gandek B. User's Manual for the SF-12v2 Health Survey with a supplement documenting SF-12 Health Survey. Lincoln: Rh. Quality Metric incorporated, 2002.

Лазарева Е.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем, у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 2. С. 54–64.

Аннотация

Введение. Категория качества жизни, понимаемая как характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии, играет важную роль в определении поведенческих, когнитивных и эмоциональных реакций на заболевание.

Материал и методы. С помощью опросника оценки качества жизни SF-12 исследовано 185 больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) – ишемической болезнью сердца (ИБС), гипертонической болезнью (ГБ) и пороками сердца (ПС).

Результаты. Показатели самооценки физического и психического здоровья больных ССЗ близки к норме. Исследованные склонны считать себя практически здоровыми и не находят в заболевании тех причин, которые бы значительно ограничивали их физическое или социальное функционирование.

Больные ГБ приписывают себе высокую активность, отмечая, что в выполнении умеренных физических нагрузок они ограничены незначительно. Низкие показатели оценки собственной физической активности у больных с ИБС, что отражает их реальную оценку своих значительно сниженных возможностей, связанных с наличием соматического заболевания. Группа больных ПС по самооценке своей физической активности находится между больными ГБ и ИБС. Аналогичная ситуация между клиническими группами определена и при оценке больными собственного психического здоровья.

Обобщая результаты изучения общей удовлетворенности больных ССЗ физическим и психическим здоровьем, можно заметить, что в зависимости от клинической картины заболевания она может носить более или менее адекватный, чем у здоровых, характер. Это может сказываться как на отношении больного к своему заболеванию, так и на его образе жизни и отношении к лечению. В то же время у больных ССЗ прослежена различная степень взаимосвязи физического состояния с психоэмоциональными характеристиками личности.

Заключение. С учетом полученных результатов психологическая помощь больным ССЗ должна быть направлена на повышение личностного адаптационного потенциала и повышение качества жизни в условиях хронического заболевания.

Ключевые слова: качество жизни, больные, сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, пороки сердца.

Информация об авторе:

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

Lazareva E.Yu. Kachestvo zhizni, svyazannoe so zdorov'em, u bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Health-related quality of life in cardiovascular patients] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 54–64.

Abstract

Introduction. The category of quality of life, understood as a characteristic of the physical, psychological, emotional and social functioning of a person based on his subjective perception plays an important role in determining behavioral, cognitive and emotional reactions to the disease.

Material and methods. With the help of a questionnaire evaluating the quality of life SF-12 185 patients with cardiovascular disease (CVD) – atherosclerotic cardiovascular disease (CAD), essential hypertension (EH) and valvular heart disease (VHD) were studied.

Results. Indicators of self-assessment of physical and mental health of patients with CVD are close to normal. The studied patients tend to consider themselves almost healthy and do not find in their disease any reasons that would significantly limit their physical or social functioning.

EH patients attribute themselves high activity, noting that in performing moderate physical activity they are insignificantly limited. Low levels of self-assessment of physical activity are shown by CAD patients, which reflect their real assessment of significantly reduced opportunities associated with their somatic disease. The group of VHD patients in self-assessment of their physical activity is between EH and CAD patients. A similar situation is defined between clinical groups in their mental health self-assessment.

Summarizing the results of CVD patients overall satisfaction with their physical and mental health, it can be seen that, depending on the clinical picture of the disease, it can have more or less adequate character than in healthy people. This may influence the attitude of a patient to the disease and his lifestyle and his attitude to treatment. At the same time in CVD patients different degrees of interconnection of an individual's physical condition and psycho-emotional characteristics are traced.

Conclusion. Taking into account the results obtained psychological care of CVD patients should be aimed at improving personal adaptive capacity and enhancing the quality of life in conditions of a chronic diseases.

Keywords: Quality of life, patients, cardiovascular diseases, essential hypertension, atherosclerotic cardiovascular disease, valvular heart disease.

Information about author:

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

Получено: 01.02.2016

Received: 01.02.2016

УДК 616.718-005.4:616.89-005.454]-052
ББК Ю971.1-69

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И.О. Логинова¹, Н.В. Попенко¹, Д.В. Черданцев¹,
В.А. Сакович², А.Н. Попенко³

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

²Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Красноярск, Россия

³Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича, Красноярск, Россия

Введение

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) составляют более 20% всех видов сердечно-сосудистых заболеваний, что соответствует 2-3% общей численности населения. В «Государственном докладе о состоянии здоровья населения РФ в 2006 году» отмечено, что общая заболеваемость болезнями системы кровообращения за этот год возросла на 4,7%, при этом наиболее высокие темпы увеличения этих показателей имели место при ХОЗАНК – на 5,8% по сравнению с предыдущим годом [1].

Современные исследования показывают, что после ампутации нижних конечностей ухудшается качество жизни, что влечет за собой изменения психологического благополучия, жизнестойкости, возникают тревога и депрессия, эмоциональная неустойчивость.

По результатам проведенных исследований доказано, что тревожные и депрессивные состояния при сердечно-сосудистой патологии способствуют повышению частоты сердечно-сосудистых осложнений. Пациенты с тревожными и депрессивными состояниями имеют сниженную приверженность к лечению и выполнению врачебных рекомендаций [3].

Негативные эмоциональные состояния больных связаны с более тяжелым соматическим состоянием и худшим прогнозом заболевания.

Материал и методы

В соответствии с целью и задачами исследования из генеральной совокупности (180 историй болезни) была отобрана выборка 120 историй болезни. В зависимости от вида хирургического лечения больные были распределены по трем группам, в каждой группе по 30 человек:

- в I группу исследования вошли пациенты, перенёвшие ампутацию на уровне бедра;
- во II группу – ампутация на уровне голени и стопы;
- в III группу – пациенты после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей – аорто-бедренное шунтирование.

Также было отобрано 15 пациентов, для сопоставительного анализа оценки различий в специфике и содержании психологических характеристик пациентов с критической ишемией нижних конечностей с различной давностью ампутации (не менее полугода назад), и 15 пациентов, не относящихся к категории больных с КИНК, имеющие ишемию напряжения (стадия IIб по А.В. Покровскому).

Сравнительный анализ показателей проводился между основными группами (I, II, III), а также между группами I и V; III и IV.

С помощью клинического опроса и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (A.S. Zigmond и R.P. Snaith) были определены уровни показателей тревоги/депрессии у пациентов.

Результаты

В ходе эмпирического исследования нами были получены следующие результаты по уровню показателей тревога/депрессия в I группе:

1. *Тревога.* У 53,3% пациентов выявлен клинический уровень тревоги, что свидетельствует о реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Данные пациенты внутренне напряжены, это связано с ожиданием тяжелых последствий после перенесенной операции. Страх перед инвалидностью. У 36,6% больных наблюдаются субклинические признаки тревоги, что проявляется раздражительностью, беспокойством, опасением за исход заболевания. 10% больных имеют нормативный уровень тревоги, они быстро адаптируются с учетом трудных жизненных ситуаций

2. *Депрессия.* У 53,3% больных обнаружен клинический уровень депрессии, о чем свидетельствует непроходящее чувство пе-

чали или полная безрадостность, пациентам не доставляют удовольствия даже самые любимые занятия. Также отмечаются другие нарушения: бессонница, неспособность сосредоточиться, забывчивость, снижение аппетита. 26,6% больных характеризуются субклиническими проявлениями депрессии. Пациентов серьезно беспокоят бессонница, повышенная утомляемость, чувство вины, чувство безнадежности, заниженная самооценка. Все эти симптомы значительно нарушают повседневную жизнь пациента. У 20% пациентов не выявлено признаков депрессии.

Общие показатели по I группе: повышенный уровень тревоги (10,6) и депрессии (10,1). Данная группа характеризуется преобладанием усталости, расстройством сна, вялости, пассивности, быстрой утомляемостью, испытывает страх за будущее на фоне повышенной эмоциональной чувствительности.

Во II группе показатель уровня тревоги/депрессии распределился следующим образом:

1. *Тревога.* У 13,3% выявлены клинические признаки тревоги, им свойственна эмоциональная лабильность, раздражительность. 26,7% больных с субклиническими признаками тревоги, это указывает на симптомы раздражительности, плохое настроение. У 60% пациентов уровень тревоги соответствует нормативному показателю.

2. *Депрессия.* У 3,3% больных выявлены клинические признаки депрессии, которые свидетельствуют о наличии у больных тягостного чувства внутренней пустоты, они оценивают происходящее вокруг себя как неинтересное и малозначимое, не видят выхода из сложившейся ситуации. 26,7% больных с субклиническими проявлениями депрессии. Им свойственны преобладание тревоги в мыслях, чувство вины, снижение чувствительности к юмористическим ситуациям. Больные уходят в себя и заторможены. У 70% больных признаков депрессии не выявлено.

Во II группе общий показатель составил: тревога (5,8), депрессия (6,9), уровень тревоги/депрессии в норме. Таким образом, пациенты данной группы имеют общий благоприятный эмоциональный фон, что позволяет им адаптироваться в новой жизненной ситуации.

Данные результаты тревоги/депрессии представлены по III группе следующим образом:

1. *Тревога.* У 33,3% больных выявлены клинические признаки тревоги, к которым относятся реакции на тяжелый стресс и нарушения дезадаптации. Данные пациенты внутренне напряжены, это связано с ожиданием тяжелых последствий после перенесенной операции и страхом перед инвалидизацией. У 30% больных наблюдаются субклинические признаки тревоги, что проявляется раздражительностью, беспокойством, опасением за исход заболевания. 36,7% больных имеют нормативный уровень, они быстро адаптируются под возникшие трудные жизненные ситуации.

2. *Депрессия.* У 13,3% больных обнаружена клинически выраженная депрессия, о чем свидетельствует непроходящее чувство печали или полная безрадостность, пациентам не доставляют удовольствия даже самые любимые занятия. Также отмечаются другие нарушения: бессонница, неспособность сосредоточиться, забывчивость, снижение аппетита. 30% пациентов имеют субклиническую симптоматику, которая существенно не нарушает жизнедеятельность и социальное функционирование данной категории больных. У 56,7% пациентов не выявлено наличие признаков, указывающее на депрессивное состояние.

В III группе: тревога (8,53), депрессия (7,3). Это свидетельствует о том, что у пациентов этой группы субклинически выражена тревога, а уровень депрессии находится в норме. Для пациентов характерны незначительные затруднения в психологической и физической адаптации в связи с основным заболеванием, но в последующем при мобилизации психологических ресурсов их жизнедеятельность особо не нарушена.

Результаты исследования в IV группе показали:

1. *Тревога.* У 40% пациентов клинически выражена тревога, которая проявляется в эмоциональной лабильности, раздражительности. 33,3% больных с субклиническими признаками тревоги, это указывает на симптомы раздражительности, плохое настроение. У 26,7% пациентов уровень показателя тревоги соответствует норме.

2. *Депрессия.* У 6,7% больных выявлены клинические признаки депрессии, которые свидетельствуют о наличии у больных тягостного чувства внутренней пустоты, они оценивают происходящее вокруг себя как неинтересное и малозначимое, не видят выхода из сложившейся ситуации. 33,3% больных с субклиническими проявле-

ниями депрессии. Им свойственны: тревога, чувство вины, не принятие юмористических ситуаций. Больные уходят в себя и заторможены. У 60% больных признаки депрессии не выявлены.

В IV группе общий показатель тревоги равен (9,8), депрессии (6,3). Можно говорить о наличии субклинических признаков тревоги при норме показателя уровня депрессии. Пациентам присуща раздражительность, возникают идеи малоценности и самообвинения.

При исследовании показателей тревоги/депрессии у пациентов V группы были выявлены следующие данные:

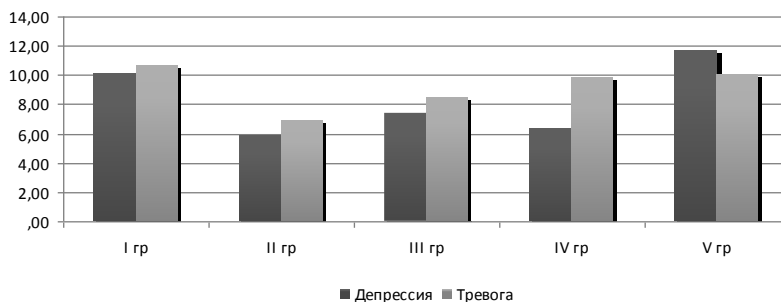
1. *Тревога.* У 53,3% больных выявлены клинические признаки тревоги. Данные пациенты внутренне напряжены, возможны проявления дезадаптации, страх перед новыми обстоятельствами, связанными с основным заболеванием. У 26,7% больных наблюдаются субклинические признаки тревоги, что проявляется в раздражительности, беспокойстве, опасении за исход заболевания. 20% больных имеют нормативный уровень, они быстро адаптируются под возникшие трудные жизненные ситуации.

2. *Депрессия.* У 60% больных обнаружена клинически выраженная депрессия, о чем свидетельствует непроходящее чувство печали или полная безрадостность, пациентам не доставляют удовольствия даже самые любимые занятия. Также отмечаются другие нарушения: бессонница, неспособность сосредоточиться, забывчивость, снижение аппетита. 26,7% больных с субклиническими проявлениями депрессии. Пациентов серьезно беспокоят бессонница, повышенная утомляемость, чувство вины, чувство безнадежности, заниженная самооценка. Все эти симптомы значительно нарушают повседневную жизнь пациента. У 13,3% пациентов не выявлено признаков депрессии.

В V группе общий показатель тревоги (10,0); депрессии (11,6). У больных данной группы клинически выражена депрессия и субклинически выражена тревога, что подтверждается также клиническим интервьюированием больного. Отмечают чувство тоски, считают себя виновными в создавшейся ситуации, безнадежно больными.

На основании полученных данных можем отметить, что во II, III и IV группах не выражены признаки депрессии, повышение показателя уровня депрессии отмечается в I, V группах. Уровень показателя тревоги в норме у пациентов II группы, во всех осталь-

ных группах показатель превышает норму. Данные сравнительного результата приведены в диаграмме (рисунок).



Сравнительная характеристика параметров тревоги/депрессии по группам

Достоверные различия выявлены между группами I и II ($p < 0,001$), I и III ($p < 0,05$) по параметрам тревога и депрессия. Между остальными группами значимых различий нет.

Обсуждение

И.М. Никольская и Р.М. Грановская отмечают, что кризисное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, сопровождается ростом напряжения и тревоги и ведет к активизации всех уровней его защитной системы. При благоприятном исходе кризиса человек обретает новый жизненный опыт, расширяет диапазон адаптивных стратегий совладения, укрепляет и расширяет личностные и социальные ресурсы. Если преодолеть кризис не удастся – происходит фиксация на неадекватных способах решения проблем: депрессия, регрессия, болезни, суицид и смерть [4]. Эта точка зрения соотносится с полученными нами данными о том, что в послеоперационный период пациенты, не имея возможности осуществления целенаправленной жизнедеятельности, отмечают повышение уровня тревоги и депрессии.

В работе Н.Ю. Кувшиновой определены особенности психологического статуса пациентов с различными клиническими формами ишемической болезни сердца. Для большинства больных характерны сниженная эмоциональная устойчивость, подозри-

тельность, фрустрированность, склонность к доминантности, повышенная личностная тревожность с преобладанием реакций тревожной оценки перспективы и эмоционального дискомфорта, симптомы депрессивного спектра, дисгармоничные типы отношения к болезни [2].

В работе Т.В. Чапалы установлено, что такие психологические особенности, как агрессия, враждебность, депрессия, чувство обиды, у большинства пациентов с ишемической болезнью сердца возрастают соответственно увеличению тяжести клинической формы болезни, одновременно являясь следствием тяжелой соматической патологии (соматопсихические влияния) и психологическими факторами риска развития негативной клинической динамики заболевания (психосоматические влияния) [5].

В исследовании, проведенном в университете Осаки, определено, что депрессия и подавление гнева являются факторами риска ССЗ как для японцев, так и для жителей западных стран [6].

В связи с этим, по мнению Н.Ю. Кувшиновой [2], 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.

Таким образом, пациенты сосудистого профиля характеризуются психоэмоциональными нарушениями, тяжелым переживанием стрессов, тревогой и депрессией, они ригидны, не владеют навыками совладания с заболеванием, имеют затруднения в межличностных отношениях, что, с одной стороны, выступает фактором риска возникновения сосудистых нарушений, с другой – может выступать предметом психологического сопровождения, обеспечивая жизненные изменения, которые, по мнению Е.Л. Николаева, могут быть ориентированы на мотивацию к восстановлению утраченных навыков и саморегуляцию, осмысление роли болезни в жизни пациента, раскрытие его личностного потенциала и внутренних ресурсов пациента [3].

Заключение

Полученные данные позволяют констатировать, что во II, III, и IV группах не выражены признаки депрессии, повышение показателя уровня депрессии отмечается в I, V группах. Уровень показателя тревоги в норме у пациентов II группы, во всех остальных группах показатель превышает норму. Состояние депрессии или проявления тревоги являются вторичными по отношению к основному заболеванию: 1) при полной инвалидизации (потери конечности) нарушается физическое и социальное функционирование, это приводит к повышению уровня тревоги и депрессии; 2) при сохранении конечности после проведения хирургической операции у пациентов увеличивается уровень тревоги в связи с создавшейся психотравмирующей жизненной ситуацией (болезнь) и неопределенностью в положительном исходе лечения.

На основании проведенного обследования, подтвержденного статистическими данными, мы можем говорить о повышении уровня тревоги и депрессии при полной инвалидизации (потери конечности). При сохранении конечности после проведения хирургической операции у пациентов повышается уровень тревоги в связи с создавшейся психотравмирующей жизненной ситуацией (болезнь) и неопределенностью в исходе лечения.

Результаты исследования являются основой для разработки программы медико-психологического сопровождения пациентов с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей после оперативного вмешательства (реконструктивные операции), ориентированной на психологическую помощь пациентам по активизации внутренних ресурсов и позволяющей адаптироваться в условиях болезни, справляться с возможными проблемами в будущем и предотвращать их.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зудин А.М. Засорина М.А., Орлова М.А. Эпидемиологические аспекты хронической критической ишемии нижних конечностей // Хирургия. 2014. № 10. С. 91–95.
2. Кувшинова Н.Ю. Психокоррекционная работа с больными ишемической болезнью сердца с учетом параметров качества жизни: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. 29 с.
3. 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.

4. Никольская И.М., Грановская Р.М. Кризисная психологическая помощь и психология веры [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2015. Т. 30, № 1. URL: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2015_1_30/pomer06.php (дата обращения: 12.09.2015).
5. Чапала Т.В. Дифференциально-диагностические характеристики пациентов с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. 2015. Т. XLVII, № 3. С. 43–46.
6. Ohira T. Psychological distress and cardiovascular disease: The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *J. Epidemiol.*, 2010, vol. 20, no. 3, pp. 185–191.

REFERENCES

1. Zudin A.M., Zazorin M.A., Orlova M.A. *Epidemiological aspects of chronic critical ischemia of lower extremities* [Epidemiological aspects of critical lower limb chronic ischemia]. *Khirurgiya* [Surgery], 2014, no. 10, pp. 91–95.
2. Kuvshinova N.Yu. *Psikhokorreksionnaya rabota s bol'nymi ishemicheskoi bolezni'yu serdtsa s uchetom parametrov kachestva zhizni: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Psychological work with patients with coronary heart disease within the parameters of quality of life. Doct. Diss.]. St. Petersburg, 2011, 29 p.
3. Nikolaev E.L., Hartfelder D.V., Lazareva E.Y. *Lichnost' kardiologicheskogo patsienta: vozmozhnosti adaptatsii, mezlichnostnoye vzaimodeystniye* [Cardiac patient personality: adaptation ability and interpersonal interaction]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2014, 302 p.
4. Nikolskaya I.M., Granovskaya R.M. *Krizisnaya psikhologicheskaya pomoshch' i psikhologiya very* [Crisis psychological help and the psychology of belief]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2015, vol. 30, no. 1.
5. Chapala T.V. *Differentsial'no-diagnosticheskie kharakteristiki patsientov s ishemicheskoi bolezni'yu serdtsa i infarktom miokarda* [Differential diagnostic characteristics of patients with coronary heart disease and myocardial infarction]. *Nevrologicheskii vestnik. Zhurnal im. V. M. Bekhtereva*, 2015, vol. XLVII, no. 3, pp. 43–46.
6. Ohira T. Psychological distress and cardiovascular disease: The Circulatory Risk in Communities Study (CIRCS). *J. Epidemiol.*, 2010, vol. 20, no. 3, pp. 185–191.

Логонова И.О., Попенко Н.В., Черданцев Д.В., Сакович В.А., Попенко А.Н. Особенности тревожно-депрессивных состояний у пациентов с критической ишемией артерий нижних конечностей // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 2. С. 65–76.

Аннотация

Введение. Целью работы является сравнительная характеристика показателей тревоги и депрессии у пациентов с критической ишемией нижних конечностей в зависимости от степени тяжести ишемии и вида хирургического вмешательства.

Материал и методы. В зависимости от вида хирургического лечения больные были распределены по трем группам, в каждой группе по 30 человек: в I группу исследования вошли пациенты, перенесшие ампутацию

на уровне бедра; во II группу – ампутацию на уровне голени и стопы; в III группу – пациенты после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей – аорто-бедренное шунтирование; в IV группу – пациенты с ишемией IIб; V группа ампутация на уровне бедра более полугода назад. С помощью клинического опроса и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (A.S. Zigmond и R.P. Snaith) были определены уровни показателей тревоги/депрессии у пациентов.

Результаты. Во II, III, и IV группах не выражены признаки депрессии, повышение показателя уровня депрессии отмечается в I, V группах. Уровень показателя тревоги в норме у пациентов II группы, во всех остальных группах показатель превышает норму. Достоверные различия выявлены между группами I и II ($p < 0,001$), I и III ($p < 0,05$) по параметрам тревога и депрессия.

Обсуждение. Кризисное состояние, возникающее при блокировании целенаправленной жизнедеятельности человека, сопровождается ростом напряжения и тревоги и ведет к активизации всех уровней его защитной системы. В послеоперационный период пациенты, не имея возможности осуществления целенаправленной жизнедеятельности, отмечают повышение уровня тревоги и депрессии. Если пациенту не удастся преодолеть стрессовую ситуацию, то происходит фиксация на неадекватных формах поведения.

Заключение. При полной инвалидизации (ампутация конечности) у пациентов клинически выражены признаки депрессии и тревоги. Во всех остальных группах – повышение уровня тревоги в связи с неопределенным будущим.

Ключевые слова: депрессия, тревога, критическая ишемия нижних конечностей, ампутация, жизнееспособность.

Информация об авторах:

Логинова Ирина Олеговна, доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России. Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1. Тел. +7 391 2201962. loginova70_70@mail.ru.

Попенко Наталья Валерьевна, старший преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России. Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1. Тел. +7 391 2219145. popenkonnv@yandex.ru.

Черданцев Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России. Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1. *gs7@mail.ru*.

Сакович Валерий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, главный врач ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии». Россия, 660020, г. Красноярск, ул. Караульная, 45. Тел. +7 391 2268268. *office@krascor.ru*.

Попенко Андрей Николаевич, врач сердечно-сосудистый хирург, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича». Россия, 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, 17. Тел. +7 391 2463083. *Andrej-Popenko@yandex.ru*.

Loginova I.O., Popenko N.V., Cherdantsev D.V., Sakovich V.A., Popenko A.N. Osobennosti trevozhno-depressivnykh sostoyanii u patsientov s kriticheskoi ishemiei arterii nizhnikh konechnostei [Specific features of anxiety and depression in patients with critical ischemia of lower extremity arteries] (Russian). Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 65–76.

Abstract

Introduction. The aim of this work is comparative characteristic of anxiety and depression indicators in patients with critical ischemia of lower extremities, depending on ischemia severity and surgery type.

Material and methods. Depending on surgery type patients were divided into three groups, each group included 30 persons: the I study group consisted of patients who underwent amputation at the hip level; the II group – patients who underwent amputation at the level of the lower leg and foot; the III group – patients after reconstructive operations on lower extremities vessels – aorto – femoral bypass surgery; the IV group – patients with ischemia IIB; the V Group – patients who underwent amputation at the hip level over half a year ago. Using the clinical survey and Hospital scale of anxiety and depression HADS (A. S. Zigmond and R. P. Snaithe) the levels of anxiety/depression indicators in patients were detected.

Results. In the II, III, and IV groups symptoms of depression are not expressed, increase in depression level is noted in groups I, V. The index of anxiety in normal patients of group II, in all other groups the index is higher than normal. Significant differences between groups I and II ($p<0.001$), I and III ($p<0.05$) in anxiety and depression parameters are revealed.

Discussion. Crisis condition arising from purposeful human activity blocking is accompanied by increased tension and anxiety and leads to activation of all levels of his defense system. In the postoperative period patients having no possibility of purposeful activity report higher levels of anxiety and depression. If the patient is unable to overcome the stressful situation, inappropriate behaviours fix.

Conclusion. In total disability (extremity amputation) in patients signs of depression and anxiety are clinically expressed. All other groups demonstrate increased level of anxiety in connection with uncertain future.

Keywords: depression, anxiety, critical lower extremity ischemia, amputation, vitality.

Information about authors:

Loginova Irina, Doctor of Psychology, Professor, Head of Clinical Psychology and Psychotherapy Department, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky. Russia, 660022, Krasnoyarsk, 1, Partizana Zheleznaya ul. Tel. +7 391 2201962. *loginova70_70@mail.ru*.

Popenko Natalia, Lecturer, Clinical Psychology and Psychotherapy Department, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky. Russia, 660022, Krasnoyarsk, 1, Partizana Zheleznaya ul. Tel. +7 391 2219145. *popenkonv@yandex.ru*.

Cherdantsev Dmitry, M.D., Doctor of Medical Science, Professor of Surgical Diseases Department, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky. Russia, 660022, Krasnoyarsk, 1, Partizana Zheleznaya ul. *gs7@mail.ru*.

Sakovich Valery, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Doctor-in-Chief, Federal Center of Cardiovascular Surgery. Russia, 660020, Krasnoyarsk, 45, Karaul'naya ul.,. Tel. +7 391 2268268. *office@krascor.ru*.

Popenko Andrey, M.D., Cardiovascular Surgeon, Krasnoyarsk Interdistrict Emergency Hospital named after N.S.Karpovich. Russia, 660062, Krasnoyarsk, 17, Kurchatova ul. Tel. +7 391 2463083. *Andrej-Popenko@yandex.ru*.

Поступила 27.03.2016.

Received: 27.03.2016

УДК 364-784:159.9

ББК Ю992.9

ДИСТАНЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ОГРАНИЧЕНИЙ

Д.В. Гартфельдер

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

Озвученное в марте 2016 года решение Минздрава РФ о начале работы над проектом, предусматривающим подведение правовой базы под применение телемедицины¹, вызвало неоднозначную реакцию со стороны профессионального сообщества. Как и в случае с реакцией на принятый чуть ранее аналогичный закон Министерства здравоохранения Украины², беспокойство специалистов вызывает не столько сама инициатива, сколько сопутствующие внедрению инфраструктурные и технические проблемы, которые в конечном счёте могут привести к снижению качества оказания медицинской помощи. Сторонники проекта апеллируют к тому, что при грамотном подходе к внедрению информационно-телекоммуникационных технологий с учётом затруднений и негативных последствий, возникавших в странах-пионерах телемедицины (Норвегия, Франция), можно ожидать предотвращения наиболее серьёзных проблем на этапе внедрения и разворачивания системы дистанционной медицинской помощи.

Очевидно, что внедрение любого нового инструмента работы имеет свои положительные и отрицательные стороны, тесно переплетённые и неразрывно слитые. В рамках данной статьи пред-

¹ Проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан и создания национальных научно-практических медицинских центров» [Электронный ресурс]. URL: <https://regulation.gov.ru/projects#npa=46654> (дата обращения 24.04.2016).

² Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 681 від 19 жовтня 2015 року «Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини у сфері охорони здоров'я» [Электронный ресурс]. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15> (дата обращения: 22.04.2016).

ставлен обзор опыта внедрения и применения дистанционных технологий психологической работы в деятельности специалистов в области психического здоровья. В качестве источника информации рассматривались публикации в рецензируемых научных журналах, индексируемых поисковой системой Американской психологической ассоциации APA PsychNET®. Всего было проанализировано 227 научных публикаций, посвящённых дистанционной психологической помощи (*distance therapy*) и телемедицине (*telemedicine*), охватывающих временной период с 1968 года по 2016 год, из которых были отобраны 104 наиболее релевантных тематике данного обзора.

Оценку современного состояния и содержания дистанционной психологической помощи можно производить в нескольких тесно взаимосвязанных плоскостях. В рамках данного обзора рассматриваются и сопоставляются формы реализации, сферы/формы применения, а также основные проблемы и перспективы развития и использования телепсихологических практик.

Формы работы дистанционной психологической помощи развивались и изменялись вместе с появлением и совершенствованием соответствующих технологий. Так, во второй половине XX века доминировала телефонная форма психологического консультирования (как адресного, так и «массового»), однако к концу века она начала сдавать свои позиции, уступив место последовательно видеоконференцсвязи, интернету, а в начале XXI века – мобильным устройствам. При этом было бы некорректно утверждать, что старые формы взаимодействия вытесняются новыми; во многих случаях связь по проводной телефонной линии является предпочитаемым способом связи в силу его привычности или из соображений анонимности и безопасности клиентов.

Для исторически первой формы дистанционной психологической помощи – *телефонного консультирования* – можно выделить следующие способы и примеры её применения:

1. Экстренная психологическая телефонная помощь – наиболее распространённая на данный момент форма работы.
2. Взаимодействие с клиентами из труднодоступных регионов, где возможность получения психологической помощи отсутствует или затруднительна. Может применяться как дополнительный метод при хроническом болевом синдроме [17] и злоупотреб-

лении психоактивными веществами [82], а также при профилактике депрессивных расстройств у лиц, ухаживающих за родственниками с деменциями [33, 34]. В несколько видоизменённой форме на заре телемедицины она применялась с целью социальной реабилитации больных психическими заболеваниями [10].

3. Краткосрочная терапия, целью которой обычно становятся тревожные [12, 15, 70] и депрессивные расстройства [1, 13, 33, 34, 64, 96, 99]. Несмотря на технические сложности, имеются свидетельства успешной организации групповой формы терапии [23].

4. Психологическая работа с лицами с особыми потребностями: приобретённой инвалидностью [25], химическими [30, 98] и нехимическими аддикциями [73] и др.

Данные способы не являются уникальными именно для телефонного консультирования и могут реализовываться с использованием других технологий. Несмотря на достаточно богатый опыт применения телефонного психологического консультирования, все ещё остаются нерешёнными многие вопросы, преимущественно обусловленные безличностным взаимодействием и отсутствием полноценного контроля самого процесса оказания психологической помощи [14].

Использование *интернета* в силу специфики установления обратной связи, высокой степени интегрированности в повседневную жизнь и возможности организации работы без обязательного присутствия самого специалиста значительно расширяет число способов его использования в психологической практике. В дополнение к вышеперечисленным способам телефонного консультирования (дистанционные формы групповой [24, 38], индивидуальной терапии [28, 52, 55, 88, 94] и взаимодействия с труднодоступными клиентами [7, 43, 85]) применение интернета позволяет обогатить арсенал возможностей специалиста следующими формами работы:

1) онлайн-консультированием [40], включая профилактику аутодеструктивного поведения и экстренную интервенцию [32, 44];

2) созданием информационных ресурсов для получателей психологической помощи [16, 29, 41, 81, 92];

3) дистанционной психодиагностикой и оценкой валидности результатов [54, 57];

4) организацией клиентских групп взаимопомощи: с целью успешной реабилитации после психологической травмы [16] или продления ремиссии у лиц с зависимостями [36];

5) обучением и консультированием особых групп клиентов, включая родителей детей с психологическими [66, 78, 79, 90, 92] и органическими нарушениями [90, 100, 101], переживших травматические события лиц [37, 47, 97], лиц с нарушениями сенсорных функций [103], заключённых [58, 65] и проходящих военную службу [45];

6) повышением уровня квалификации специалистов путём обмена опытом и создания информационных ресурсов [20, 29, 30, 62, 86, 89, 92].

Поскольку использование интернета для организации дистанционной психологической работы в начале XXI века всё ещё оставалось достаточно экзотичным и малоразработанным направлением деятельности, ряд авторов делятся собственным опытом внедрения подобной формы работы в повседневную практику [18, 59, 67, 87, 93, 104] и видением будущего телемедицины и телепсихологии [21]. В ряде исследований обозначались имеющиеся расхождения в позициях специалиста и клиентов в отношении подобной формы взаимодействия [77, 84]. Поднимались вопросы о необходимости адаптации или разработки с нуля специфических этических требований для реализации подобной формы взаимодействия [31, 51, 75]. Анализ опыта применения интернет-технологий в течение последнего десятилетия показал, что, хотя со стороны специалистов оценка эффективности подобной формы работы сдержанная, клиенты относятся к использованию дистанционных интернет-технологий психологической помощи положительно [2], причём не последнюю роль в подобном восприятии играют социальные сети и прочие сетевые ресурсы, активно пропагандирующие подобные формы психологической помощи [76]. По нашему мнению, от формы организации самой дистанционной психологической помощи – видеосвязи, текстового диалога, разделённого по времени общения (по электронной почте) – также во многом зависит её эффективность, однако обнаружить публикации и исследования, посвящённые сопоставлению этих форм, не удалось.

К концу первого десятилетия XXI века технические возможности позволили начать активно применять ещё одну форму дистанционной психологической помощи с использованием *мобильных устройств* (смартфонов, планшетов и пр.). Данная форма работы представляется на данный момент наиболее важной и перспективной, поскольку, с одной стороны, сочетает в себе возможности обеих вышеуказанных, а с другой – предоставляет гораздо больший охват в силу большой распространённости подобных устройств [19, 56].

Несмотря на схожесть использования интернета и мобильных устройств в реализации дистанционной психологической помощи, у последних есть две важные отличительные особенности – гораздо большая степень индивидуализации взаимодействия и включённость в повседневную деятельность – что позволяет оперативно осуществлять терапевтическую интервенцию в период ремиссии, например, при лечении зависимости от ПАВ [39] или расстройств пищевого поведения [9, 89]. Индивидуальный характер использования мобильных устройств также позволяет обеспечивать клиента необходимой информацией, что нашло своё применение в обучении социальным навыкам детей с расстройствами аутистического спектра [50] и больных шизофренией и шизоаффективным расстройством [11].

Однако использование мобильных устройств вызывает спорную критику ряда специалистов, основными аргументами которой является меньший контроль за процессом оказания дистанционной психологической помощи (по сравнению с использованием телефонного и интернет-консультирования) [49]. Помимо этого, решение о применении подобной инновационной формы работы во многом зависит от социально-психологических и личностных характеристик самого специалиста [53].

Следовательно, все три формы дистанционной психологической работы сосуществуют, занимая как общие, так и индивидуальные ниши, и в зависимости от характера планируемого психологического воздействия, технической оснащённости и предпочтений специалиста могут применяться на паритетных началах.

К числу наиболее популярных **методов** оказания дистанционной психологической помощи следует в первую очередь отне-

сти *когнитивно-поведенческую терапию*, сфера применения которой отличается крайним разнообразием: тревожные [15, 40, 70] и депрессивные расстройства [33, 34, 64, 71, 96], болевой синдром [17, 72], ПТСР [1, 47], нарушения пищевого поведения [45, 88], проблемы социального взаимодействия [43]. Длительность типичного курса терапии составляет от 6 до 16 недель, взаимодействие с клиентом, как правило, осуществляется в форме телефонного или интернет-консультирования. Сравнительный анализ эффективности когнитивно-поведенческой терапии при традиционной и компьютерной форме её проведения (видеосвязь) не выявил существенных различий [83], однако делать окончательные выводы на основании результатов одного лишь исследования преждевременно. Гораздо реже применяются другие виды психотерапии, в частности логотерапия [23, 69, 96] и психоанализ [80]; систематического оценивания эффективности данных методов не проводилось. Другие методы дистанционной работы – *информирование, консультирование* [22], *обучение* – являются вспомогательными, применяются гораздо реже и чаще всего выходят за рамки самой процедуры оказания дистанционной психологической помощи.

Каковы основные **позитивные эффекты** внедрения дистанционных форм психологической работы и кто в первую очередь почувствует их на себе? Можно выделить три не вызывающих серьёзных разногласий преимущества:

1. *Повышение доступности психологической помощи.* Помимо расширения географии оказания психологических услуг и повышения качества обслуживания населения труднодоступных регионов [27, 63, 71, 89, 102], внедрение методов дистанционной психологической помощи может осуществляться с учётом этнокультуральных факторов [4, 42, 73, 33]. При этом оценка клиентами качества дистанционной помощи мало отличается от оценки непосредственного взаимодействия со специалистом [8].

2. *Экономия ресурсов и/или их грамотное перераспределение.* Снижение затрат также в наибольшей степени будет заметно для труднодоступных регионов и особых групп испытуемых. Если со стороны местного сообщества будет интерес к организации подобных форм работы, экономический эффект будет ещё выше [61]. Взаимодействие врача общей практики со специалистом в

области дистанционной психологической работы также будет способствовать профилактике и раннему выявлению лиц, нуждающихся в психологической помощи [95].

3. *Возрастание роли клиента в терапевтическом процессе.* Дистанционной психологической работой могут охватываться клиенты с достаточно низкой мотивацией обращения за психологической помощью или не имеющие возможности в силу определённых причин активно участвовать в традиционном процессе оказания помощи [74, 102]. Дистанционная форма работы также предоставляет определённый уровень приватности и позволяет частично избавиться от опасений в связи с возможным социальным неодобрением и стигматизацией, вызванными самим фактом обращения за психологической помощью [37], что может иметь значение для проживающих в малых городах или сельской местности.

Однако наряду с позитивными моментами внедрение дистанционной психологической помощи сопровождается рядом **проблем**. Прежде всего необходимо отметить, что в целом положительный эффект от внедрения телепсихологии при работе с определёнными группами *не может быть интерполирован* в более широком масштабе: имеются свидетельства низкой экономической и функциональной эффективности дистанционной формы психологической работы при проведении скрининговых исследований, сопровождающихся негативным отношением к подобной форме работы [48].

Одним из наиболее важных вопросов, связанных с телепсихологией, остаются *правовые и этические аспекты* применения дистанционных психологических технологий, причём подобные вопросы стали подниматься задолго до начала широкого внедрения современных дистанционных телемедицинских технологий. Так, в одной из первых работ, освещающих перспективы и проблемы интеграции дистанционных технологий в существующую систему оказания медицинской помощи, специалисты в сфере психического здоровья относятся к числу основных бенефициаров широко-масштабного внедрения телемедицины. При этом справедливо отмечается, что сама по себе она не является панацеей и не разрешит уже имеющиеся в системе здравоохранения инфраструктурные проблемы [21].

Другой проблемой начального этапа внедрения дистанционных технологий можно назвать юридическую и психологическую *готовность специалистов* к подобной форме работы [94]. Несмотря на то, что острота данной проблемы в настоящее время несколько снизилась, она остаётся актуальной и по сей день, хотя на первый план сейчас выходят иные вопросы: соответствие нормам и стандартам, предъявляемым к традиционной психологической практике [3, 5, 6, 31, 66]; проблема безопасности и приватности клиентов, рассматриваемая с организационной, технической и социально-психологической точки зрения [87]; проблемы стандартизации и адаптации дистанционных технологий и методов [41, 46].

Уже после начала внедрения дистанционных психологических технологий были обнаружены ранее не находившиеся в сфере внимания специалистов проблемы, оказавшиеся в некоторых случаях неожиданными: ограничения использования телепсихологии из-за различий местного законодательства (штатов США) для клиента и консультанта [35], специфика установления границ терапевтического взаимодействия психолога при дистанционной работе с клиентом [26] или особенности разработки приложений для мобильных устройств с учётом требований конфиденциальности и приватности сведений о клиенте [49].

Подводя итог, можно заключить, что по сравнению с большинством направлений клинической медицины в психологии (и отчасти психотерапии с психиатрией) использование дистанционных технологий работы представляет меньше проблем в организационно-техническом плане и несёт в себе ряд преимуществ для специалистов и для получателей психологической помощи [68]. Не в последнюю очередь это обусловлено тем, что в явном или неявном виде дистанционные формы психологического консультирования успешно применяются уже много лет, занимая определённую нишу со своими собственными профессиональными задачами, и пользуются популярностью у всех участников данного процесса. К числу подобных форм дистанционной психологической работы можно отнести службу телефонной экстренной психологической помощи («телефон доверия»), различные виды дистанционного консультирования и ассессмента, психологическое онлайн-консультирование, а также неспецифические для психологии формы работы: видеоконференции, вебинары и пр.

Вместе с этим, как таковой правовой основы подобных видов и форм работы практически не существует, либо она регулируется лишь локальными нормативными актами, не всегда однозначными с правовой точки зрения. При этом обозначенные проблемы и новые потенциальные трудности считаются принципиально разрешимыми и в целом не препятствующими дальнейшему развитию дистанционных технологий психологической работы [60].

Несмотря на то, что в рамках статьи описывается и обсуждается зарубежный опыт, отмеченные проблемы и сформулированные рекомендации с рядом оговорок вполне могут быть применимы и к процессу внедрения телемедицины/телепсихологии в отечественных реалиях. Однако никакие новые технологии не будут иметь эффекта без соответствующей готовности использовать её по назначению со стороны специалистов, общества, технической инфраструктуры и системы здравоохранения. Поздний старт внедрения телемедицины предоставляет уникальную возможность пройти весь путь от идеи до работающей системы телемедицины и телепсихологии без повторения уже совершённых ошибок и с максимальной утилизацией полезного опыта зарубежных коллег.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Applebaum A.J., DuHamel K.N., Winkel G., Rini C., Greene P.B., Mosher C.E., Redd W.H. Therapeutic alliance in telephone-administered cognitive-behavioral therapy for hematopoietic stem cell transplant survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2012, vol. 80(5), p. 811–816. doi: 10.1037/a0027956.
2. Backhaus A., Agha Z., Maglione M.L., Repp A., Ross B., Zuest D., Rice-Thorp N.M., Lohr J., Thorp S.R. Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(2), pp. 111–131. doi: 10.1037/a0027924.
3. Baker D.C., Bufka F.F. Preparing for the telehealth world: Navigating legal, regulatory, reimbursement, and ethical issues in an electronic age. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 405–411. doi: 10.1037/a0025037.
4. Baker-Ericzén M.J., Connelly C.D., Hazen A.L., Dueñas C., Landsverk J.A., Horwitz S.M. A collaborative care telemedicine intervention to overcome treatment barriers for Latina women with depression during the perinatal period. *Families, Systems & Health*, 2012, vol. 30(3), pp. 224–240. doi: 10.1037/a0028750.
5. Barnett J.E., Kolmes K. The practice of tele-mental health: Ethical, legal, and clinical issues for practitioners. *Practice Innovations*, 2016, vol. 1(1), pp. 53–66. doi: 10.1037/pri0000014.
6. Barnett J.E., Scheetz K. Technological advances and telehealth: Ethics, law, and the practice of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 86–93. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.86.

7. Barnwell S.V.S., Juretic M.A., Hoerster K.D., Van de Plasch R., Felker B.L. VA Puget Sound Telemental Health Service to rural veterans: A growing program. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(2), pp. 209–211. doi: 10.1037/a0025999.
8. Batastini A.B., King C.M., Morgan R.D., McDaniel B. Telepsychological services with criminal justice and substance abuse clients: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Services*, 2016, vol. 13(1), pp. 20–30. doi: 10.1037/ser0000042.
9. Bauer S., Okon E., Meermann R., Kordy H. Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: Efficacy of an intervention delivered via text messaging. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2012, vol. 80(4), pp. 700–706. doi: 10.1037/a0028030.
10. Beebe 3rd J.E. Allowing the patient to call home: A therapy of acute schizophrenia. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1968, vol. 5(1), pp. 18–20. doi: 10.1037/h0088642.
11. Ben-Zeev D., Kaiser S.M., Brenner C.J., Begale M., Duffecy J., Mohr D.C. Development and usability testing of FOCUS: A smartphone system for selfmanagement of schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2013, vol. 36(4), pp. 289–296. doi: 10.1037/prj0000019.
12. Blumenthal J.A., Babyak M.A., Carney R.M., Keefe F.J., Davis R.D., LaCaille R.A., Parekh P.I., Freedland K.E., Trulock E., Palmer S.M. Telephone-based coping skills training for patients awaiting lung transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, vol. 74(3), pp. 535–544. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.535.
13. Bombardier C.H., Ehde D.M., Gibbons L.E., Wadhwani R., Sullivan M.D., Rosenberg D.E., Kraft G.H. Telephone-based physical activity counseling for major depression in people with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2013, vol. 81(1), pp. 89–99. doi: 10.1037/a0031242.
14. Brenes G.A., Ingram C.W., Danhauer S.C. Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 543–549. doi: 10.1037/a0026135.
15. Brenes G.A., Ingram C.W., Danhauer S.C. Telephone-delivered psychotherapy for late-life anxiety. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(2), pp. 219–220. doi: 10.1037/a0025950.
16. Bush N.E., Bosmajian C.P., Fairall J.M., McCann R.A., Ciulla R.P. afterdeployment.org: A web-based multimedia wellness resource for the postdeployment military community. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 455–462. doi: 10.1037/a0025038.
17. Carmody T.P., Duncan C.L., Huggins J., Solkowitz S.N., Lee S.K., Reyes N., Mozgai S., Simon J.A. Telephone-delivered cognitive-behavioral therapy for pain management among older military veterans: A randomized trial. *Psychological Services*, 2013, vol. 10(3), pp. 265–275. doi: 10.1037/a0030944.
18. Castelnuovo G., Gaggioli A., Mantovani F., Riva G. New and old tools in psychotherapy: The use of technology for the integration of the traditional clinical treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 33–44. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.33.

19. Clough B.A., Casey L.M. The smart therapist: A look to the future of smartphones and mHealth technologies in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2015, vol. 46(3), pp. 147–153. doi: 10.1037/pro0000011.
20. Colbow A.J. Looking to the future: Integrating telemental health therapy into psychologist training. *Training and Education in Professional Psychology*, 2013, vol. 7(3), pp. 155–165. doi: 10.1037/a0033454.
21. Conrad K. Making telehealth a viable component of our national health care system. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1998, vol. 29(6), pp. 525–526. doi: 10.1037/h0092809.
22. Cooper S.E., Neal C. Consultants' use of telepractice: Practitioner survey, issues, and resources. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2015, vol. 67(2), pp. 85–99. doi: 10.1037/cpb0000015.
23. Davis M., Guyker W., Persky I. Uniting veterans across distance through a telephone-based reminiscence group therapy intervention. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(2), pp. 206–208. doi: 10.1037/a0026117.
24. Dietrich F., Shipherd A.M., Gershgoren L., Filho E.M., Basevitch I. Sport psychology group consultation using social networking web sites. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(3), pp. 323–324. doi: 10.1037/a0026114.
25. Dorstyn D.S., Mathias J.L., Denson L.A. Psychosocial outcomes of telephone-based counseling for adults with an acquired physical disability: A meta-analysis. *Rehabilitation Psychology*, 2011, vol. 56(1), pp. 1–14. doi: 10.1037/a0022249.
26. Drum K.B., Littleton H.L. Therapeutic boundaries in telepsychology: Unique issues and best practice recommendations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2014, vol. 45(5), pp. 309–315. doi: 10.1037/a0036127.
27. Dyck K.G., Hardy C. Enhancing access to psychologically informed mental health services in rural and northern communities. *Psychologie Canadienne [Canadian Psychology]*, 2013, vol. 54(1), pp. 30–37. doi: 10.1037/a0031280.
28. Ebert D.D., Berking M., Thiart H., Riper H., Laferton J.A.C., Cuijpers P., Sienland B., Lehr D. Restoring depleted resources: Efficacy and mechanisms of change of an internetbased unguided recovery training for better sleep and psychological detachment from work. *Health Psychology*, 2015, vol. 34 (Suppl), pp. 1240–1251. doi: 10.1037/hea0000277.
29. Epstein J.N., Langberg J.M., Lichtenstein P.K., Kolb R.C., Simon J.O. The myADHDportal.Com Improvement Program: An innovative quality improvement intervention for improving the quality of ADHD care among community-based pediatricians. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2013, vol. 1(1), pp. 55–67. doi: 10.1037/cpp0000004.
30. Farabee D., Cousins S.J., Brecht M.-L., Antonini V.P., Lee A.B., Brummer J., Hemberg J., Karno M., Rawson R.A. A comparison of four telephone-based counseling styles for recovering stimulant users. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2013, vol. 27(1), pp. 223–229. doi: 10.1037/a0029572.

31. Fisher C.B., Fried A.L. Internet-mediated psychological services and the American Psychological Association Ethics Code. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 103–111. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.103.
32. Frost M., Casey L., Rando N. Self-injury, help-seeking, and the Internet: Informing online service provision for young people. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2016, vol. 37(1), pp. 68–76. doi: 10.1027/0227-5910/a000346.
33. Glueckauf R.L., Davis W.S., Willis F., Sharma D., Gustafson D.J., Hayes J., Stutzman M., Proctor J., Kazmer M.M., Murray L., Shipman J., McIntyre V., Wesley L., Schettini G., Xu J., Parfitt F., Graff-Radford N., Baxter C., Burnett K., Noël L.T., Haire K., Springer J. Telephone-based, cognitive-behavioral therapy for African American dementia caregivers with depression: Initial findings. *Rehabilitation Psychology*, 2012, vol. 57(2), pp. 124–139. doi: 10.1037/a0028688.
34. Glueckauf R.L., Stine C., Bourgeois M., Pomidor A., Rom P., Young M.E., Massey A., Ashley P. Alzheimer's Rural Care Healthline: Linking Rural Caregivers to Cognitive-Behavioral Intervention for Depression. *Rehabilitation Psychology*, 2005, vol. 50(4), pp. 346–354. doi: 10.1037/0090-5550.50.4.346.
35. Goodstein L.D. The interstate delivery of psychological services: Opportunities and obstacles. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(3), pp. 231–239. doi: 10.1037/a0027821.
36. Graham A.L., Papandonatos G.D., Erar B., Stanton C.A. Use of an online smoking cessation community promotes abstinence: Results of propensity score weighting. *Health Psychology*, 2015, vol. 34 (Suppl), pp. 1286–1295. doi: 10.1037/hea0000278.
37. Gray M.I., Hassija C.M., Jaconis M., Barrett C., Zheng P., Steinmetz S., James T. Provision of evidence-based therapies to rural survivors of domestic violence and sexual assault via telehealth: Treatment outcomes and clinical training benefits. *Training and Education in Professional Psychology*, 2015, vol. 9(3), pp. 235–241. doi: 10.1037/tep0000083.
38. Greene C.J., Morland L.A., Macdonald A., Frueh B.C., Grubbs K.M., Rosen C.S. How does tele-mental health affect group therapy process? Secondary analysis of a noninferiority trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2010, vol. 78(5), pp. 746–750. doi: 10.1037/a0020158.
39. Guarino H., Acosta M., Marsch L.A., Xie H., Aponte-Melendez Y. A mixed-methods evaluation of the feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a mobile intervention for methadone maintenance clients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2016, vol. 30(1), pp. 1–11. doi: 10.1037/adb0000128.
40. Hadjistavropoulos H.D., Alberts N.M., Nugent M., Marchildon G. Improving access to psychological services through therapist-assisted, Internet-delivered cognitive behaviour therapy. *Psychologie Canadienne [Canadian Psychology]*, 2014, vol. 55(4), pp. 303–311. doi: 10.1037/a0037716.

41. Heinlen K.T., Welfel E.R., Richmond E.N., O'Donnell M.S. The nature, scope, and ethics of psychologists' e-therapy Web sites: What consumers find when surfing the Web. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 112–124. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.112.
42. Hilty D.M., Lim R.F., Nasatir-Hilty S.E., Koike A.K., Ton H., Nesbitt T.S. Planning for telepsychiatric consultation: A needs assessment for cultural and language services at rural sites in California. *Journal of Rural Mental Health*, 2015, vol. 39(3-4), pp. 153–161. doi: 10.1037/rmh0000035.
43. Hopps S.L., Pépin M., Boisvert J.-M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for loneliness via interrelaychat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 136–147. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.136.
44. Jacob N., Scourfield J., Evans R. Suicide prevention via the Internet: A descriptive review. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2014, vol. 35(4), pp. 261–267. doi: 10.1027/0227-5910/a000254.
45. James L.C., Folen R.A., Earles J. Behavioral telehealth applications in the treatment of obese soldiers: A feasibility project and a report on preliminary findings. *Military Psychology*, 2001, vol. 13(3), pp. 177–186. doi: 10.1207/S15327876MP1303_4.
46. Johnson G.R. Toward uniform competency standards in telepsychology: A proposed framework for Canadian psychologists. *Psychologie Canadienne [Canadian Psychology]*, 2014, vol. 55(4), pp. 291–302. doi: 10.1037/a0038002.
47. Jones A.M., Shealy K.M., Reid-Quiñones K., Moreland A.D., Davidson T.M., López C.M., Barr S.C., de Arellano M.A. Guidelines for establishing a telemental health program to provide evidence-based therapy for trauma-exposed children and families. *Psychological Services*, 2014, vol. 11(4), pp. 398–409. doi: 10.1037/a0034963.
48. Jones M.D., Etherage J.R., Harmon S.C., Okiishi J.C. Acceptability and cost-effectiveness of military telehealth mental health screening. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(2), pp. 132–143. doi: 10.1037/a0026709.
49. Jones N., Moffitt M. Ethical guidelines for mobile app development within health and mental health fields. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2016, vol. 47(2), pp. 155–162. doi: 10.1037/pro0000069.
50. Kim S., Clarke E. Case study: An iPad-based intervention on turn-taking behaviors in preschoolers with autism. *Behavioral Development Bulletin*, 2015, vol. 20(2), pp. 253–264. doi: 10.1037/h0101314.
51. Koocher G.P. Twenty-first century ethical challenges for psychology. *American Psychologist*, 2007, vol. 62(5), pp. 375–384. doi: 10.1037/0003-066X.62.5.375.
52. Krukowski R.A., Harvey-Berino J., Bursac Z., Ashikaga T., West D.S. Patterns of success: Online self-monitoring in a web-based behavioral weight control program. *Health Psychology*, 2013, vol. 32(2), pp. 164–170. doi: 10.1037/a0028135.

53. Kuhn E., Crowley J.J., Hoffman J.E., Eftekhari A., Ramsey K.M., Owen J.E., Reger G.M., Ruzek J.I. Clinician characteristics and perceptions related to use of the PE (prolonged exposure) coach mobile app. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2015, vol. 46(6), pp. 437–443. doi: 10.1037/pro0000051.
54. Litwack S.D., Jackson C.E., Chen M., Sloan D.M., Hatgis C., Litz B.T., Marx B.P. Validation of the use of video teleconferencing technology in the assessment of PTSD. *Psychological Services*, 2014, vol. 11(3), pp. 290–294. doi: 10.1037/a0036865.
55. Luce K.H., Winzelberg A.J., Zabinski M.F., Osborne M.I. Internet-delivered psychological interventions for body image dissatisfaction and disordered eating. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 148–154. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.148.
56. Luxton D.D., McCann R.A., Bush N.E., Mishkind M.C., Reger G.M. mHealth for mental health: Integrating smartphone technology in behavioral healthcare. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 505–512. doi: 10.1037/a0024485.
57. Luxton D.D., Pruitt L.D., Osenbach J.E. Best practices for remote psychological assessment via telehealth technologies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2014, vol. 45(1), pp. 27–35. doi: 10.1037/a0034547.
58. Magaletta P.R., Fagan T.J., Ax R.K. Advancing psychology services through telehealth in the Federal Bureau of Prisons. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1998, vol. 29(6), pp. 543–548. doi: 10.1037/0735-7028.29.6.543.
59. Maheu M.F. The online clinical practice management model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 20–32. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.20.
60. Maheu M.M., Pulier M.L., McMenamin J.P., Posen L. Future of telepsychology, telehealth, and various technologies in psychological research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012, vol. 43(6), pp. 613–621. doi: 10.1037/a0029458.
61. McCord C.E., Elliott T.R., Wendel M.L., Brossart D.F., Cano M.A., Gonzalez G.E., Burdine J.N. Community capacity and teleconference counseling in rural Texas. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 521–527. doi: 10.1037/a0025296.
62. McKay J.C., Vásquez Á.R., Chipp C.L., Ford T.J., Robinson R.V., Sharma D.C.B., Johnson S.H., Nelson R.A., Boschma-Wynn R.V., Whipple J.L., Dulin P.L., Allen J. Divided by miles, connected by purpose: Telepsychology technology in a graduate training program. *Training and Education in Professional Psychology*, 2013, vol. 7(3), pp. 166–173. doi: 10.1037/a0033568.
63. Miller T.W. Telehealth issues in consulting psychology practice. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2006, vol. 58(2), pp. 82–90. doi: 10.1037/1065-9293.58.2.82.
64. Mohr D.C., Hart S., Vella L. Reduction in disability in a randomized controlled trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy. *Health Psychology*, 2007, vol. 26(5), pp. 554–563. doi: 10.1037/0278-6133.26.5.554.

65. Morgan R.D., Patrick A.R., Magaletta P.R. Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2008, vol. 76(1), pp. 158–162. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.158.
66. Nelson E.-L., Duncan A.B., Peacock G., Bui T. Telemedicine and adherence to national guidelines for ADHD evaluation: A case study. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(3), pp. 293–297. doi: 10.1037/a0026824.
67. Nelson E.-L., Velasquez S.E. Implementing psychological services over tele-video. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 535–542. doi: 10.1037/a0026178.
68. Nickelson D.W. Telehealth and the evolving health care system: Strategic opportunities for professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1998, vol. 29(6), pp. 527–535. doi: 10.1037/0735-7028.29.6.527.
69. Niles B.L., Klunk-Gillis J., Ryngala D.J., Silberbogen A.K., Paysnick A., Wolf E.J. Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD using a telehealth approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2012, vol. 4(5), pp. 538–547. doi: 10.1037/a0026161.
70. Olthuis J.V., Watt M.C., Mackinnon S.P., Stewart S.H. Telephone-delivered cognitive behavioral therapy for high anxiety sensitivity: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2014, vol. 82(6), pp. 1005–1022. doi: 10.1037/a0037027.
71. Openshaw D.K., Morrow J., Law D., Moen D., Johnson C., Talley S. Examining the satisfaction of women residing in rural Utah who received therapy for depression through teletherapy. *Journal of Rural Mental Health*, 2012, vol. 36(2), pp. 38–45. doi: 10.1037/h0095814.
72. Palyo S.A., Schopmeyer K.A., McQuaid J.R. Tele-pain management: Use of videoconferencing technology in the delivery of an integrated cognitive-behavioral and physical therapy group intervention. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(2), pp. 200–202. doi: 10.1037/a0025987.
73. Parhami I., Davtian M., Hanna K., Calix I., Fong T.W. The implementation of a telephone-delivered intervention for Asian American disordered gamblers: A pilot study. *Asian American Journal of Psychology*, 2012, vol. 3(3), pp. 145–159. doi: 10.1037/a0029799.
74. Pratt S.I., Bartels S.I., Mueser K.T., Naslund J.A., Wolfe R., Pixley H.S., Josephson L. Feasibility and effectiveness of an automated telehealth intervention to improve illness self-management in people with serious psychiatric and medical disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2013, vol. 36(4), pp. 297–305. doi: 10.1037/prj0000022.
75. Ragusea A.S., VandeCreek L. Suggestions for the ethical practice of online psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2003, vol. 40(1-2), pp. 94–102. doi: 10.1037/0033-3204.40.1-2.94.

76. Reed R.N., Messler E.C., Coombs T.E., Quevillon R.P. Social media use and the acceptability of telepsychological services in rural populations. *Journal of Rural Mental Health*, 2014, vol. 38(1), pp. 2–8. doi: 10.1037/rmh0000007.
77. Rees C.S., Stone S. Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2005, Vol 36(6), pp. 649–653. doi: 10.1037/0735-7028.36.6.649.
78. Reese R.J., Slone N.C., Soares N., Sprang R. Telehealth for underserved families: An evidence-based parenting program. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(3), pp. 320–322. doi: 10.1037/a0026193.
79. Reese R.J., Slone N.C., Soares N., Sprang R. Using telepsychology to provide a group parenting program: A preliminary evaluation of effectiveness. *Psychological Services*, 2015, vol. 12(3), pp. 274–282. doi: 10.1037/ser0000018.
80. Richards A.K. Talking cure in the 21st century: Telephone psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 2001, vol. 18(2), pp. 388–391. doi: 10.1037/0736-9735.18.2.388.
81. Rotondi A.J., Haas G.L., Anderson C.M., Newhill C.E., Spring M.B., Ganguli R., Gardner W.B., Rosenstock J.B. A Clinical Trial to Test the Feasibility of a Telehealth Psychoeducational Intervention for Persons With Schizophrenia and Their Families: Intervention and 3-Month Findings. *Rehabilitation Psychology*, 2005, vol. 50(4), pp. 325–336. doi: 10.1037/0090-5550.50.4.325.
82. Santa Ana E.J., Stallings D.L., Rounsaville B.J., Martino S. Development of an in-home telehealth program for outpatient veterans with substance use disorders. *Psychological Services*, 2013, vol. 10(3), pp. 304–314. doi: 10.1037/a0026511.
83. Schoenberg M.R., Ruwe W.D., Dawson K., McDonald N.B., Houston B., Fordeucey P.G. Comparison of functional outcomes and treatment cost between a computer-based cognitive rehabilitation teletherapy program and a face-to-face rehabilitation program. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2008, vol. 39(2), pp. 169–175. doi: 10.1037/0735-7028.39.2.169.
84. Schopp L., Johnstone B., Merrell D. Telehealth and neuropsychological assessment: New opportunities for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2000, vol. 31(2), pp. 179–183. doi: 10.1037/0735-7028.31.2.179.
85. Schopp L.H., Demiris G., Glueckauf R.L. Rural backwaters or front-runners? Rural telehealth in the vanguard of psychology practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2006, vol. 37(2), pp. 165–173. doi: 10.1037/0735-7028.37.2.165.
86. Schopp L.H., Johnstone B., Reid-Arndt S. Telehealth Brain Injury Training for Rural Behavioral Health Generalists: Supporting and Enhancing Rural Service Delivery Networks. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2005, vol. 36(2), pp. 158–163. doi: 10.1037/0735-7028.36.2.158.
87. Schwartz T.J., Lonborg S.D. Security management in telepsychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 419–425. doi: 10.1037/a0026102.

88. Shingleton R.M., Richards L.K., Thompson-Brenner H. Using technology within the treatment of eating disorders: A clinical practice review. *Psychotherapy*, 2013, vol. 50(4), pp. 576–582. doi: 10.1037/a0031815.
89. Simms D.C., Gibson K., O'Donnell S. To use or not to use: Clinicians' perceptions of telemental health. *Psychologie Canadienne [Canadian Psychology]*, 2011, vol. 52(1), pp. 41–51. doi: 10.1037/a0022275.
90. Slone N.C., Reese R.J., McClellan M.J. Telepsychology outcome research with children and adolescents: A review of the literature. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(3), pp. 272–292. doi: 10.1037/a0027607.
91. Smith G.C., Egbert N., Dellman-Jenkins M., Nanna K., Palmieri P.A. Reducing depression in stroke survivors and their informal caregivers: A randomized clinical trial of a web-based intervention. *Rehabilitation Psychology*, 2012, vol. 57(3), pp. 196–206. doi: 10.1037/a0029587.
92. Speth T.A., Coulombe J.A., Markovich A.N., Chambers C.T., Godbout R., Gruber R., Hall W.A., Reid G.J., Stremmer R., Weiss S.K., Witmans M., Corkum P.V. Barriers, facilitators, and usability of an Internet intervention for children aged 1 to 10 years with insomnia. *Translational Issues in Psychological Science*, 2015, vol. 1(1), pp. 16–31. doi: 10.1037/tps0000016.
93. Stamm B.H. Clinical applications of telehealth in mental health care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1998, vol. 29(6), pp. 536–542. doi: 10.1037/0735-7028.29.6.536.
94. Stamm B.H., Perednia D.A. Evaluating psychosocial aspects of telemedicine and telehealth systems. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2000, vol. 31(2), pp. 184–189. doi: 10.1037/0735-7028.31.2.184.
95. Swinton J.J., Robinson W.D., Bischoff R.J. Telehealth and rural depression: Physician and patient perspectives. *Families, Systems & Health*, 2009, vol. 27(2), pp. 172–182. doi: 10.1037/a0016014.
96. Thompson N.J., Patel A.H., Selwa L.M., Stoll S.C., Begley C.E., Johnson E.K., Fraser R.T. Expanding the efficacy of Project UPLIFT: Distance delivery of mindfulness-based depression prevention to people with epilepsy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015, vol. 83(2), pp. 304–313. doi: 10.1037/a0038404.
97. Thorp S.R., Fidler J., Moreno L., Floto E., Agha Z. Lessons learned from studies of psychotherapy for posttraumatic stress disorder via video conferencing. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(2), pp. 197–199. doi: 10.1037/a0027057.
98. Toll B.A., Martino S., O'Malley S.S., Fucito L.M., McKee S.A., Kahler C.W., Rojewski A.M., Mahoney M.C., Wu R., Celestino P., Seshadri S., Koutsky J., Hyland A., Cummings K.M. A randomized trial for hazardous drinking and smoking cessation for callers to a quitline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015, vol. 83(3), pp. 445–454. doi: 10.1037/a0038183.
99. Turner A.P., Hartoonian N., Sloan A.P., Benich M., Kivlahan D.R., Hughes C., Hughes A.J., Haselkorn J.K. Improving fatigue and depression in individuals with multiple sclerosis using telephone-administered physical activity counseling.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2016, vol. 84(4), pp. 297–309. doi: 10.1037/ccp0000086.

100. Wade S.L., Oberjohn K., Conaway K., Osinska P., Bangert L. Live coaching of parenting skills using the internet: Implications for clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2011, vol. 42(6), pp. 487–493. doi: 10.1037/a0025222.

101. Wade S.L., Wolfe C.R., Brown T.M., Pestian J.P. Can a Web-based family problem-solving intervention work for children with traumatic brain injury? *Rehabilitation Psychology*, 2005, vol. 50(4), Nov 2005, pp. 337–345. doi: 10.1037/0090-5550.50.4.337.

102. Wilshire T.W. Telepsychiatry services at a tribally run behavioral health clinic. *Psychological Services*, 2012, vol. 9(3), pp. 318–319. doi: 10.1037/a0025946.

103. Wilson J.A., Schild S. Provision of mental health care services to deaf individuals using telehealth. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2014, vol. 45(5), pp. 324–331. doi: 10.1037/a0036811.

104. Yuen E.K., Goetter E.M., Herbert J.D., Forman E.M. Challenges and opportunities in internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2012, vol. 43(1), pp. 1–8. doi: 10.1037/a0025524.

Гартфельдер Д.В. Дистанционная психологическая помощь: обзор современных возможностей и ограничений // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2016. Т. 12, № 3 С. 77–96.

Аннотация. В статье представлен обзор зарубежного опыта внедрения и применения дистанционных технологий психологической работы (телепсихологии). Отмечается, что фактически применение дистанционных методов психологической работы началось задолго до появления самого понятия «телемедицина» и формы подобной работы отличаются широтой форм и сфер реализации. Приводится краткий исторический экскурс, демонстрирующий направление и характер развития дистанционных технологий психологической работы и динамику отношения к ним бенефициаров. Рассматриваются три современные формы дистанционной работы – телефонное консультирование, интернет-консультирование, консультирование с применением приложений для мобильных устройств – и приводятся основные способы и примеры их применения при оказании психологической помощи. Отмечается, что из доступных при организации дистанционной психологической помощи методов наибольшее распространение получила когнитивно-поведенческая психотерапия широкого спектра нарушений личности и поведения. На основании анализа литературных источников выделяются основные подходы и проблемы, преобладающие в телепсихологии, преимущества и недостатки, этико-правовой статус телепсихологии и возможные направления разрешения имеющихся на данный момент противоречий и проблем. К

числу очевидных преимуществ использования дистанционных технологий отнесены: повышение доступности психологической помощи для жителей удалённых районов с недостаточно развитой системой психологической помощи и особых групп клиентов; экономическая целесообразность внедрения технологий дистанционной психологической помощи в определённых случаях; возрастание роли и активности клиента в ходе терапевтического процесса. Препятствием на пути внедрения дистанционных технологий выступают неразрешённые и/или неотрегулированные правовые и этические аспекты подобной формы работы, готовность специалистов к практической её реализации, отсутствие достаточного опыта масштабирования системы и относящиеся к данной сфере лишь косвенно материально-технические ресурсы. С учётом выделенных проблем, преимуществ и возможных перспектив развития телепсихологии обозначаются возможные пути внедрения и разворачивания системы дистанционной психологической работы в тех странах, где подобные формы работы ещё не имеют закреплённого правового статуса.

Ключевые слова: дистанционная психологическая помощь, телемедицина, телепсихология, технология, психологическая служба, психологическое консультирование, правовые аспекты, обзор, внедрение.

Информация об авторе:

Гартфельдер Денис Викторович, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и клинической психологии ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И.Н.Ульянова». Россия, 428015, г.Чебоксары, Московский просп., 15. Тел. +7 8352 452031 (доб. 2402). *hdv@gmx.ru*.

Hartfelder D. Distantcionnaya psikhologicheskaya pomoshch': obzor sovremennykh vozmozhnostei i ogranichenii [Capabilities and limitations of modern telepsychology: an overview] (Russian). Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2016, vol. 12, no. 2, pp. 77–96.

Abstract. The article provides an overview of foreign experience in implementation and use of distance psychological technologies (telepsychology). It is noted that actually the use of diverse forms of psychological distance technologies preceded the advent of the concept of “telemedicine” and that the forms of this work differ by their broadness and implementation spheres. Brief historical overview is provided which demonstrates distance psychological technologies development direction and features along with analysis of beneficiaries attitudes towards these technologies. Three modern forms of distance psychological counselling – via telephone, internet and smartphone applications – are studied, major methods and examples of their practical application

in psychological health service providing are noted. High prevalence of cognitive behavioural therapy for solving a broad range of behavioural and personal problems over other available intervention methods of distance psychological help is emphasized. On the basis of literature data analysis main approaches, challenges, ethical and legal issues, advantages and disadvantages of telepsychology are emphasized; possible ways of current contradiction and problems resolution are discussed. Three most notable advantages of tele-technology are improved accessibility of psychological help for distant and rural areas with underdeveloped psychological service network and for specific groups of clients; economical expediency of telepsychology implementation in certain cases; increased integration of the patient and his role in therapeutic process. Implementation of distance technologies are restricted by unsolved and/or unregulated legal and ethical issues, lack of practical realization readiness among mental health professionals, lack of scalability experience and – indirectly – material and technical resources. Taking into account the highlighted issues, benefits and prospects in mind, possible ways of implementation and deployment of distance psychological technologies in frame of public healthcare system are suggested for countries where current legal status of telepsychology is vogue.

Keywords: distance psychological interventions, telemedicine, telepsychology, technology, mental health service, psychological counseling, legal issues, overview, implementation.

Information about author:

Hartfelder Denis, Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Social and Clinical Psychology Department, Ulianov Chuvash State University, 15, Moskovsky pr., Cheboksary, 428015, Russia; Tel. +7 8352 452031 (add. 2402); *hdv@gmx.ru*.

Поступила: 13.04.2016

Received: 13.04.2016

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

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

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

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

Вид, структура и объем статей.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ВЕСТНИК ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ (16+)

2016

Т. 12, № 2

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

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзоре)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС77-60903 от 02.03.2015 г.

Сдано в набор 18.05.16. Подписано в печать 17.06.16. Выход в свет 25.06.16.

Формат 60×84/16. Бумага писчая. Гарнитура Cambria. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 5,81. Уч.-изд. л. 5,42.

Тираж 100 экз. Заказ № 642. Свободная цена.

Адрес редакции и издателя
428015, Чебоксары, Московский просп., 15

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