

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ

JOURNAL OF PSYCHIATRY AND MEDICAL
PSYCHOLOGY

Научно-практический журнал
Основан в 1995 году

№ 3 (51), 2020 г.

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ISSN 2617-0116 (Print)

ISSN 2617-0124 (Online)

Главный редактор

В.А. Абрамов, д.м.н., проф.

Заместитель главного редактора

Т.Л. Ряполова, д.м.н., проф.

Ответственный секретарь

А.А. Бойченко

«Журнал психиатрии и

медицинской психологии» -

рецензируемый научно-практический медицинский журнал. Выходит 4 раза в год.

Основан в 1995 г.

Редакционная коллегия

А.В. Абрамов (Донецк)
Т.И. Букановская (Владикавказ)
Р.А. Грачев (Донецк)
Н.Л. Зуйкова (Москва)
Л.К. Максимов (Волгоград)
Г.С. Рачкаускас (Луганск)
В.В. Свиридова (Донецк)
С.В. Титиевский (Донецк)
Т.В. Черникова (Волгоград)
Е.В. Киосева (Донецк)

Editorial Board

A.V. Abramov (Donetsk)
T.I. Bukanovskaya (Vladikavkaz)
R.A. Grachev (Donetsk)
N.L. Zuykova (Moscow)
L.K. Maksimov (Volgograd)
G.S. Rachkauskas (Lugansk)
V.V. Sviridova (Donetsk)
S.V. Titievskiy (Donetsk)
T.V. Chernikova (Volgograd)
E.V. Kioseva (Donetsk)

Zurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii (Journal of Psychiatry and Medical Psychology) is a quarterly peer-reviewed medical journal. Founded in 1995.

Основатель и издатель:

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Адрес издателя: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

Редакционный совет

Ю.А. Александровский (Москва)
Г.А. Игнатенко (Донецк)
А.Э. Багрий (Донецк)
В.Г. Заика (Ростов-на-Дону)
Д.О. Ластков (Донецк)
Д.В. Плотников (Курск)
Б.С. Положий (Москва)
В.А. Солдаткин (Ростов-на-Дону)
И.И. Шереметьева (Барнаул)
А.Г. Соловьев (Архангельск)
С.В. Ваулин (Смоленск)
А.В. Сахаров (Чита)
О.В. Кремлева (Екатеринбург)

Editorial Council

Yu.A. Aleksandrovskiy (Moscow)
G.A. Ignatenko (Donetsk)
A.E. Bagrii (Donetsk)
V.G. Zaika (Rostov-na-Donu)
D.O. Lastkov (Donetsk)
D.V. Plotnikov (Kursk)
B.S. Polozhiy (Moscow)
V.A. Soldatkin (Rostov-na-Donu)
I.I. Sheremetyeva (Barnaul)
A.G. Soloviev (Arkhangelsk)
S.V. Vaulin (Smolensk)
A.V. Sakharov (Chita)
O.V. Kremleva (Ekaterinburg)

Адрес редакции:

83008, г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО
Тел./факс: (062) 277-14-54
E-mail: psihiatria@dnmu.ru
Сайт: <http://psychiatry.dnmu.ru>

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале допускается только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать с точкой зрения авторов статей.

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций

(Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики № 1075 от 05.12.2018 г.).

Журнал зарегистрирован и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals Directory.

Рекомендовано к изданию Ученым советом ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (протокол № 2 от 26.03.2020 г.)

Отпечатано в типографии ФЛП Кириенко С.Г. Свидетельство о государственной регистрации физического лица-предпринимателя №40160 серия АА02 от 05.12.2014 г. 83014, г. Донецк, пр. Дзержинского, 55/105. Формат 60x90 1/8; тираж 200 экз. Свободная цена.

ISSN 2617-0116



9 772617 011007



51

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ	3	CONTENTS
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ		GENERAL QUESTIONS OF PSYCHIATRY
<i>Абрамов В.А.</i> Коронавирусный стресс: риски для психического здоровья человека	4	<i>Abramov V.A.</i> Coronaviral stress: risks to human mental health
<i>Абрамов В.А.</i> Онтологический взгляд на эмпатию в психиатрии	16	<i>Abramov V.A.</i> Ontological looking on empathy in psychiatry
<i>Бабуря Е.В.</i> Психолого-психиатрическое значение феномена самоактуализации	20	<i>Babura E.V.</i> Look at self-actualization in the phenomenological-existential aspect
ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ		QUESTIONS OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
<i>Ряполова Т.Л., Титухин Н.В.</i> Особенности стратегий преодоления самостигматизации у больных с депрессивными расстройствами	30	<i>Ryapolova T.L., Titukhin N.V.</i> Features of strategies for overcoming self-stigmatization in patients with depressive disorders
<i>Голоденко О.Н., Альмешкина А.А.</i> Изучение психического состояния лиц молодого возраста, находившихся в зоне вооруженного конфликта на донбассе	39	<i>Golodenko O.N., Almeshkina A.A.</i> Study of the mental state of young persons in the zone of armed conflict in donbass
<i>Соловьева М.А.</i> Исследование алекситимии у студентов медицинского вуза	49	<i>Solovyova M.A.</i> Study of alexithymia level at students of medical university
<i>Бойченко А.А.</i> Техники когнитивно-поведенческой психотерапии в рамках программы девиктимизации больных параноидной шизофренией	55	<i>Boychenko A.A.</i> Techniques of cognitive-behavioral psychotherapy within the program of devictimization of patients with paranoid schizophrenia
<i>Мельниченко В.В.</i> Клинико-психопатологическая характеристика больных с различным уровнем дезорганизации личности	61	<i>Melnichenko V.V.</i> Clinical and psychopathological characteristics of patients with different levels of personal disorganization
<i>Альмешкина А.А., Голоденко О.Н.</i> Самоотношение и рефлексивность у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности при различной длительности заболевания	70	<i>Almeshkina A.A., Golodenko O.N.</i> Self-relation and reflexivity in patients with the neurotic level of personality disorganization with different duration of the disease
<i>Побережная Н.В.</i> Корреляционные связи непсихотической психопатологической симптоматики с клиническими психиатрическими диагнозами и разными формами употребления пива, включая коморбидную нозологическую алкогольную патологию	80	<i>Poberezhnaya N.V.</i> Correlation links of non-psychotic psychopathological symptoms with clinical psychiatric diagnoses and different forms of beer drinking, including comorbid nosological alcoholic pathology

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК 159.96:616.9:578.826.1

Абрамов В.А.

КОРОНАВИРУСНЫЙ СТРЕСС: РИСКИ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР**Суровые годы уходят
Борьбы за свободу страны,
За ними другие приходят-
Они будут тоже трудны.*

Юлий Ким, к/ф «Собачье сердце»

Пандемия коронавируса SARS-CoV-2 обрушила привычный образ жизни миллионов людей. За несколько месяцев на наших глазах обесценилось то, что считалось важным в предыдущие десятилетия: общество потребления трансформируется в общество безопасности.

Коронавирусная инфекция COVID-19 (аббревиатура от англ. Corona Virus Disease 2019), ранее коронавирусная инфекция 2019-nCoV – потенциально тяжелая острая респираторная инфекция, вызываемая вирусом SARS-CoV-2. Представляет собой опасное заболевание, которое может протекать как в форме острой респираторной вирусной инфекции легкого течения (больше 80% от всех подтвержденных случаев), так и в тяжелой форме (не более 5% от общего количества инфицированных), специфические осложнения которой могут состоять из вирусной пневмонии, влекущей за собой острый респираторный дистресс-синдром или дыхательную недостаточность с риском смерти.

Пандемия (греч. – весь народ) – необычайно сильная эпидемия, распространившаяся на территории стран, континентов; высшая степень развития эпидемического процесса. Обычно под пандемией подразумевают болезнь, принявшую массовый, повальный характер, поражающую значительную часть всего населения. Согласно критериям ВОЗ, пандемия – распространение нового заболевания в мировых масштабах, при котором люди не обладают иммунитетом.

Пандемия COVID-19 – пандемия коронавирусной инфекции COVID-19, вызванная

коронавирусом SARS-CoV-2, крупнейшая пандемия в XXI веке. Началась с обнаружения в конце декабря 2019 года в городе Ухань провинции Хубэй центрального Китая первых случаев пневмонии неизвестного происхождения у местных жителей, связанных с местным рынком животных и морепродуктов Хуанань. 31 декабря 2019 года власти Китая проинформировали о вспышке неизвестной пневмонии Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ). С 22 января город Ухань был закрыт на карантин; с 24 января – прилегающие к Уханю городские округа. Вирус был зафиксирован во всех административных образованиях Китая провинциального уровня.

30 января 2020 года ВОЗ признала вспышку нового коронавируса чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение. 11 февраля 2020 года заболевание получило название нового коронавирусного заболевания (COVID-19). Китайские ученые выделили возбудителя – новый коронавирус и установили генетическую связь последовательности его генома. Вирус не менее чем на 70% похож по генетической последовательности на вызывающий тяжелый острый респираторный синдром (известный также как атипичная пневмония) вирус SARS-CoV и поэтому получил название SARS-CoV-2. Инкубационный период обычно составляет около 5 дней, но может длиться от 2 до 14 дней. Заболевание становится заразным до появления симптомов.

11 марта 2020 года ВОЗ объявила, что вспышка приобрела характер пандемии, а 13 марта – что ее центром стала Европа.

Отличительный признак нынешней пандемии, который затрудняет борьбу с ней, - длительный инкубационный период. Другая неблагоприятная особенность – большое число бессимптомных пациентов, то есть лиц, которые, заразившись коронавирусной инфекцией, не демонстрируют клинических проявлений, хотя способны заражать окружающих.

COVID-19 – вирусное заболевание, «тяжелый острый респираторный синдром коронавирус 2» (SARS-CoV-2). Корonavирусы являются важными патогенами многих представителей животного мира. В семейство Coronaviridae входит (по данным на январь 2020 года) сорок видов РНК-геномных вирусов. Они являются причиной различных болезней млекопитающих (кошек, собак, свиней, крупного рогатого скота) и пернатых.

Первое выделение коронавируса человека состоялось в 1965 году от пациента страдающего острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ). Более 35 лет коронавирусы оставались без внимания исследователей и разработчиков вакцин и лекарств. Это связано с убеждением ученых, что представители данного семейства не способны вызвать болезни с тяжелым течением и опасными последствиями. Ранее в большинстве случаев инфицирование человека коронавирусом приводило к развитию легкой формы острого респираторного заболевания (ОРЗ).

Ситуация изменилась в 2002 году, когда Китай столкнулся с масштабными размерами тяжелого острого респираторного синдрома (атипичной пневмонии), вызванной SARS-CoV. Во второй раз коронавирус, а именно MERS-CoV, дал о себе знать в 2015 году, вызвав вспышку ближневосточного респираторного синдрома. Третья волна, вызванная SARS-CoV-2 и принявшая характер пандемии, стартовала в декабре прошлого года в китайском городе Ухань.

Вирус – это крошечный кусок генетического материала, покрытый липидной оболочкой и белковой короной. Как и любая другая форма жизни, вирус просто хочет выжить. Но для этого он должен сначала копировать себя. Сам вирус размножаться не может. Чтобы строить собственные копии ему: 1) нужен строительный материал (белки, жиры, РНК) и 2) он должен проникнуть вглубь клетки. Цель – убить клетку и воспользоваться ее содержимым для собственного размножения, удалить

оболочку клетки и вставить свою РНК. Будучи прикрепленным к клетке коронавирус внедряет свой генетический материал или РНК внутрь клетки. Таким образом, разрушаются многие органы и системы организма (главным образом, легкие). При этом вирус умирает вместе с клеткой.

Изначально иммунитета к этому виду коронавируса у человека нет. Поскольку инфекция незнакома для организма, он ее не сразу распознает, поэтому заболеть может абсолютно каждый. При этом сам по себе вирус, в том числе коронавирус, предполагает форму биологического взаимодействия с организмом человека, как правило, разрушительного характера. В обычных условиях, причиняя вред конкретным пациентам, он не представляет собой масштабных угроз человечеству. Однако пандемический характер распространения вируса и особенности его восприятия большинством людей позволяет рассматривать COVID-19 не только как инфекционную проблему, но и как экстремальную ситуацию, выходящую за рамки обычного человеческого опыта, когда он переживает угрозу собственной жизни, жизни и благополучию близкого человека.

Почему COVID-19 протекает совершенно по-разному: бессимптомно, в легкой форме, в тяжелой или критической форме? Почему в особой группе риска – пациенты старшей возрастной группы с различными соматическими заболеваниями? Почему один и тот же возбудитель порождает различные по тяжести и исходам состояния?

Великому французскому химику и микробиологу Луи Пастеру принадлежат слова: «Микроб – ничто, почва – все». Почва – это среда, условия, в которых происходит заражение человека патогенами и развитие острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ).

Попробуем высказать гипотезу: вирус CoV изначально атаковал не человека, он атаковал мир, превратив привычное ОРЗ (грипп), даже с менее высоким уровнем контактичности и смертности, чем предыдущие волны, в катастрофу всемирного масштаба, вызвав информационно спровоцированный пандемический CoV-стресс, массовые панические реакции и состояния, различные формы дезорганизации иммунной системы. В пандемических масштабах сформировались благоприятные условия (ослабленный паникой иммунитет), делающие человека более

уязвимым для заражения вирусной инфекцией и более тяжелого ее протекания.

При этом возникает ряд вопросов – человек, заразившийся COVID-19, – это жертва вируса или жертва страха вируса, с молниеносной быстротой распространяющегося по миру? Организм человека поражает вирус или ответ иммунной системы инфицированного, или это комбинированное поражение, связанное и с воздействием вирусов, и с иммунным ответом организма, и психологическими ресурсами человека? Эта проблема исключительно инфекционного происхождения и содержания или не менее важное значение имеет реакция организма, пребывающего в состоянии пандемического панического стресса, снижающего антивирусную устойчивость человека?

В организме человека содержится громадное количество микроорганизмов, включая коронавирусы. Вирусы – это мощнейшая структура, хотя и не имеющая клеточного строения. Все, что есть у вирусов – ДНК и белковая оболочка. Им нужно попасть в клетку, чтобы встретить свою нуклеиновую кислоту в ДНК клетки и начать с ней взаимодействовать. У человека 37 триллионов клеток и столько же бактериальных клеток и вирусов, имеющих свои ДНК. Получается, что у нас меньше человеческого ДНК, чем ДНК микроорганизмов и вирусов. COVID-19 – это нарушение симбиоза возбудителя и человека – вирусносителя, это борьба человеческого ДНК с ДНК вирусов или борьба человека с самим собой. В условиях отсутствия вакцины и надежных лекарств эффективно противостоять CoV могут только его собственные иммунные и психологические ресурсы – психологическая система совладания с CoV ситуацией и пандемическим паническим стрессом.

Беспрецедентно высокий уровень напряжения в мире является достаточным основанием для того, чтобы все происходящее в связи с коронавирусной инфекцией, все переживания, связанные с коронавирусной реальностью, рассматривать как трудную (экстремальную) ситуацию, то есть как широчайший спектр событий и обстоятельств, связанных между собой коронавирусом содержанием, воспринимаемый людьми как угрозу безопасности и реализации жизненных целей.

Под термином «трудные жизненные ситуации» понимается широкий спектр ситуаций и событий, предъявляющих повышенные требования к личности и ее адапционным

механизмам и ресурсам. Чаще всего имеются в виду ситуации или события, фрустрирующие те или иные потребности человека, вызывающие у него психологический стресс [1]. Трудная ситуация возникает, когда имеется неуравновешенность в системе отношений человека с окружающим миром; наблюдается несоответствие между стремлениями, ценностями, целями субъекта и возможностями их реализации. Причем трудной становится не просто ситуация, в которой это несоответствие превышает некоторый оптимальный уровень, необходимый для нормального функционирования субъекта [2]. Признаками трудной ситуации являются: осознание личностью наличия трудности, угрозы, препятствия на пути реализации каких-либо целей, мотивов; состояние психической напряженности, как реакция личности на трудность, преодоление которой значимо для субъекта; заметное изменение привычных параметров деятельности, поведения, общения [3].

Коронавирусная пандемия – беспрецедентное событие первой половины XXI века. Это социальное потрясение, охватившее большинство стран мира, приобрело масштаб общечеловеческого бедствия. Быстро возникшие информационный ажиотаж и панические реакции охватили все слои населения, вызывая колоссальные меры безопасности и предосторожности. В массовом сознании людей культивируются представления об исключительности этого события, неясности многих его аспектов и плохой прогнозируемости. Оно обнажило многочисленные антропологические (собственно человеческие) проблемы, относящиеся к различным сферам жизнедеятельности человека. Все мировое сообщество ощутило чувство утраты стабильности и невозможности контроля за ситуацией. К числу главных и специфических особенностей современной пандемической ситуации можно отнести:

- быстроту распространения информации о коронавирусе как об экстремальной стрессовой ситуации;
- информационную основу массового пандемического психологического стресса;
- массовый негативный характер восприятия экстремальной ситуации и ее последствий;
- массовость людей, вовлеченных в коронавирусную проблематику;
- чрезвычайный полиморфизм в т.ч. противоположных версий о коронавирусной ситуации;

- значительную распространенность социопатий, нарушений психического здоровья и психологического благополучия в связи с переживанием коронавирусной ситуации.

Субъективная оценка этой ситуации как трудной определяется особенностями качественной ее переработки и осознанием как значимой и опасной. Пандемический масштаб этой ситуации делает ее глобальной: она становится мощным стрессором для большинства людей и фактором риска возникновения психофизического дистресса. Эта ситуация имеет два вектора: а) непосредственно связанный с самим вирусом и его последствиями для здоровья (медицинский аспект) и б) связанный с информацией о последствиях коронавирусной инфекции для жизнедеятельности людей в целом (социальный аспект). Многочисленные стресс-факторы, придающие коронавирусной инфекции статус трудной жизненной ситуации, сводятся к факторам, связанным с переживаниями потенциальной и/или реальной опасности заражения и угрозой существования, карантинно-ограничительными мерами и переживаниями, связанными с грядущими непредсказуемыми переменами.

Covid ситуация привела к коренной ломке устоявшихся стереотипов и сложившегося (привычного) понимания окружающего мира. Она связана с угрозой безопасности и экстренными мерами по выживанию, с осознанием неопределенности будущего, касающейся различных жизненно важных сфер: работа, финансовое положение, дистанционные формы взаимодействия, в т.ч. обучение, проблемы с отдыхом и т.п.

Хронизация стрессового воздействия в ситуации пандемического стресса осуществляется поэтапно: информационный стресс, стресс непосредственного CV воздействия (заражение или вирусносительство), стресс карантинных ограничений и самоизоляции,

стресс постпандемической жизни. Каждый из этих этапов имеет специфический спектр психологических стрессоров, негативно влияющих на здоровье.

Сегодня стало очевидно, что современная наука зашла в тупик, пытаясь объяснить причины пандемии нового коронавируса. Весь мир живет в обстановке неопределенности, а рекомендации лечебно-профилактического содержания, исходящие из научной среды, весьма противоречива и не всегда обоснованы.

Анализ стрессогенности ситуации, связанной с переживанием коронавирусной реальности, проводится на основе трансакционной теории стресса, согласно которой стрессовое реагирование определяется первичной и вторичной когнитивной оценкой ситуации. При первичной оценке решается вопрос об угрожающем характере ситуации: в какой мере данная ситуация определяет степень «потери» или «угрозу потери»? При вторичной оценке – вопрос о ресурсных возможностях справиться с ситуацией (копинг): какие есть возможности (внешние и внутренние ресурсы) для избавления от опасности, снижения вероятности потерь, изменения ситуации или адаптации к ней. Первичная и вторичная оценки детерминируют эмоциональные реакции и копинг, которые, в свою очередь, оказывают влияние на динамику изменения последующих когнитивных оценок ситуации – субъективную репрезентацию. Эти данные позволяют оценить общий уровень стрессогенности коронавирусной кризисной ситуации, степень субъективной угрозы ситуации и вероятности потерь, степень сложности понимания и управления ситуацией, наиболее характерные способы преодолевающего поведения и их продуктивность.

Коронавирусный стресс можно рассматривать с различных концептуальных и методологических позиций (рис. 1).

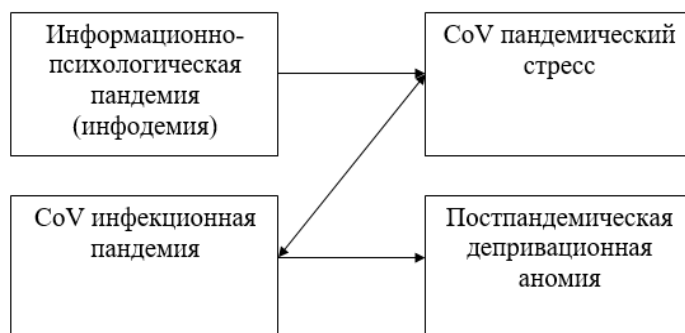


Рис. 1. Ситуация CoV пандемии: спектр нарушений

- Информационно-психологическая пандемия – распространение информации в Интернете, СМИ, соц. сетях о CoV как о пролонгированной, экстремальной (катастрофической) ситуации мирового масштаба.

- CoV пандемический стресс – хронический стресс как реакция на масштабную угрозу существования в связи с CoV инфекцией.

- CoV инфекционная пандемия – массовое распространение инфекционного заболевания в различных странах.

- Постпандемическая аномия – массовые проявления дезорганизации личности и социопатий как отражение нарушений психического здоровья населения после завершения пандемии.

В этой связи спектр исследовательских проблем CoV ситуации может быть представлен следующим образом:

1. Анализ стрессогенности ситуации, связанной с переживанием коронавирусной реальности.

2. Исследование возможных негативных эффектов кризисной жизненной ситуации, связанных с коронавирусным стрессом.

3. Структурный анализ возможных неблагоприятных психологических (психопатологических) феноменов, отражающих опыт переживания (проживания) ситуации коронавирусного стресса и его последствий.

4. Оценка интегративных возможностей личностного потенциала (ресурсов личности) как потенциала саморегуляции, обеспечивающих успешность совладания с экстремальными жизненными ситуациями.

5. Разработка системы мер по предупреждению и преодолению негативных психологических эффектов коронавирусного стресса и его последствий.

В условиях пандемического распространения инфекции и соответствующей (устрашающей) интерпретации этого события у многих людей возникает ряд специфических психических (эмоциональных) феноменов и физиологических реакций, которые, с нашей точки зрения, можно соотнести с фазами адаптационного синдрома или пандемического стресса.

Стресс – психофизическая реакция человека на трудную жизненную ситуацию, это состояние, при котором событие или череда событий воспринимаются как представляющие угрозу жизнедеятельности. Стресс может быть активирующим (эустресс) и разрушительным

(дистресс). Психологический стресс (эмоциональная реакция) всегда опережает физиологический. Основными модальностями эмоционального восприятия коронавирусной стрессовой ситуации являются переживания тревоги, страха и паники. Эти эмоциональные состояния соответствуют трем классическим стадиям развития стресса: стадии тревоги, стадии резистентности и стадии истощения.

Травматический пандемический стресс – реакция человека на широкий спектр событий, представляющих повышенные требования к его адаптационным ресурсам. Стресс, как известно, включает психологическую составляющую (эмоциональный стресс, связанный с блокадой потребностей человека и его способности к самореализации, и физиологическую составляющую (физиологический стресс), проявляющийся в реакциях организма. Физиологическая составляющая стресса включает все проблемы, связанные с непосредственным заражением коронавирусом, а психологическая – с отрицательными витальными переживаниями в связи с восприятием ситуации как несущей в себе опасность для жизни и здоровью и угрозу близким.

Психологический стресс включает в себя эмоциональный и информационный виды стресса. По мнению автора теории информационного стресса В.А. Бодрова [4,5] любой психологический стресс носит информационный характер, так как содержит информацию о каких-либо неблагоприятных событиях. Он определяет психологический стресс как функциональное состояние организма и психики, которое характеризуется существенными нарушениями биохимического, физиологического и психического статуса человека, и его поведения в результате воздействия экстремальных факторов психогенной природы (угроза, опасность, сложность или вредность условий жизни и деятельности).

Понятие психологического стресса контрастирует с понятием «психологическая безопасность» [6-8;10,11], которое рассматривается как условие развития личностного потенциала человека и как основа жизнеспособности, успешности и благополучия человека. Наиболее полным является определение психологической безопасности как защищенности человека, предполагающей наряду с внешними внутренними условиями безопасности, в число которых входят элементы опыта субъекта, складывающиеся в способность и готовность

к распознаванию, предвидению и уклонению от опасностей, предполагающие как минимум владение соответствующими знаниями, умениями и навыками, определенный уровень развития перцептивных, мнемических, интеллектуальных и др. способностей, а также сформированную мотивацию к обеспечению безопасности жизнедеятельности [9].

Психологический стресс «расшатывает» здоровое чувство безопасности человека, которое, по мнению Р. Янофф-Бульман (по С.А. Богомаз, [9]) основано на трех категориях базисных убеждений: 1) на вере в то, что в мире больше добра, чем зла; 2) убеждении в том, что в мире есть смыслы; 3) на убеждении в ценности собственного «Я».

Пандемический стресс – это масштабная угроза существованию, распространяется значительно быстрее самого вируса, подготавливая для него благоприятную «почву» и повышая восприимчивость человека к возникновению инфекционного заболевания. Наиболее чутким индикатором пандемического стресса на начальных этапах его развития является уровень психической адаптации. Первичным является эмоциональное восприятие коронавирусной ситуации как неприемлемой, негативной, отвергающей, но до поры до времени не имеющей к данному человеку непосредственного отношения. В дальнейшем трудная жизненная ситуация начинает восприниматься как экстремальная или критическая, а стресс - как пандемический стресс, требующий адаптационной перестройки функциональных систем человека, постепенной мобилизации и расходования адаптационных ресурсов.

Традиционно термин «стресс» используется для обозначения неспецифических реакций разного уровня в ответ на экстремальные воздействия любых значимых для человека факторов. Психологический коронавирусный стресс также является неспецифической психической реакцией на информацию устрашающего характера - это состояние чрезмерной психической напряженности (психической дезинтеграции) и вегетосоматических дисфункций, развивающееся в условиях неблагоприятного экстремального воздействия информационных факторов. Таким образом, психологический коронавирусный стресс в своей основе является информационным стрессом, то есть, источником его развития или специфическим триггерным факто-

ром служат внешние сообщения. Однако коронавирусный стресс - это не результат информационных перегрузок (именно так чаще всего рассматривается причина информационного стресса), а реакция человека на соответствующее содержание информации о травмирующих психику событиях и их возможных последствиях. Эта информация воспринимается как угроза инфекционного заражения – экстремальное воздействие значимого информационного фактора и обязательно предполагает высокое напряжение энергетических ресурсов.

Одной из ведущих причин информационного коронавирусного стресса является недостаточный контроль за происходящими событиями и сложившейся ситуацией в целом. Неконтролируемость ситуации определяет субъективную ее оценку как угрожающей и невозможность адаптировать к ней свою когнитивную схему (схему интерпретации событий).

Феномен всеобщей обеспокоенности людей и тревоги в связи с коронавирусной ситуацией – это естественная реакция человека, повышающая готовность к обеспечению собственной безопасности. Физиологический стресс как реакция на вредность чаще всего опосредован определенной психологической реакцией, связанной с оценкой угрозы, опасности и осознанием необходимости защиты и устранения препятствий для самоактуализации личности. В отличие от физиологического стресса, пандемический панический стресс – это эмоционально-информационный стресс беспрецедентно высокого уровня, возникающий в условиях доверия представленным в СМИ сведениям апокалипсического содержания (реальная угроза физической безопасности человека, его экономическому благополучию, социальному статусу и межличностным отношениям). Модель образа жизни людей, пребывающих в этом состоянии, претерпевает существенную трансформацию – от изменения структуры видов деятельности до возможного вторжения в личную жизнь. Страх заражения заставляет их с чрезвычайным вниманием следить за новостями о коронавирусе, любые изменения в статистике они воспринимают как неблагоприятные, паникуя по каждому эпизоду. Если физиологические проявления хронического стресса повышают уязвимость человека к заражению коронавирусом, то паника, являясь опасным психическим со-

стоянием, увеличивает его восприимчивость к информации манипулятивного или пропагандистского содержания, что в свою очередь также повышает уязвимость к инфицированию. При этом важно учитывать статус пандемической паники, которая может рассматриваться как специфические социопатии, предболезнь, психопатологический синдром или экстремальное состояние.

Проявления коронавирусного информационного стресса начинаются сразу после восприятия (первичная оценка) и когнитивной оценки (вторичная оценка) стрессора. Первичная оценка стрессорного воздействия коронавирусной информации (primary appraisal) заключается в вопросе - «что это значит для меня лично?». Информация воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах как масштаб непосредственной угрозы и как масштаб отдельных неблагоприятных последствий. Восприятие и оценка стрессора (информации коронавирусного содержания) сопровождаются соответствующими эмоциями: растерянностью, озабоченностью, страхом, тревогой, надеждой и др. Вторичная когнитивная оценка этой информации (secondary appraisal) – это оценка личностного смысла ситуации, собственных ресурсов, и возможности решить проблему; она выражается в вопросе – «что я могу сделать?». Далее включаются более сложные процессы регуляции поведения: мотивация, цели, ценности. Однако непосредственной причиной коронавирусного информационного стресса является субъективная оценка смысловой (семантической) составляющей ситуации в ее доминирующем негативном контексте (опасность, неопределенности, непредсказуемость развития, противоречивость ситуации и, главное – недостаточный контроль за ситуацией). Такой оценке способствует избыточность и высокий темп предъявления информации.

В условиях хронического пандемического стресса наиболее чутким индикатором стресса является психический уровень адаптации. Это позволяет соотнести те или иные эмоционально-стрессовые феномены с фазами развития стресса (хронического стресса) в формате пандемического эустресса и дистресса. Стресс затрагивает физиологические, биохимические и психологические параметры человека. Однако наиболее интегративным показателем субъективного ответа

на воздействие коронавирусной ситуации является изменение поведения. Специфика его заключается в невозможности устранения коронавирусной ситуации. Это порождает формы пассивного реагирования, направленные на переживание экстремального фактора и минимизацию вредных его последствий в рамках карантинно-ограничительных мер. Поведение при этом может изменяться в диапазоне от снижения активности и нарушений сложных форм целенаправленной деятельности, ее планирования и оценивания при умеренной степени психической напряженности до дезорганизации поведения с преобладанием стереотипных реакций, неадекватных ситуаций и не имеющих приспособительного значения, или состояний выученной беспомощности при более выраженных степенях психической напряженности.

Коронавирусный стресс начинается сразу после восприятия человеком информации о событии потенциального угрожающего характера, после осознания им чрезвычайной субъективной значимости этого события и предполагаемой угрозы, исходящей от распространения коронавируса. Стресс может проявляться как в режиме ожидания неблагоприятной ситуации, так и в режиме ее проживания (карантин, самоизоляция и т.п.). Он сталкивает человека с ситуацией, обладающей повышенной неопределенностью, для которой нет готовых способов решения, воспринимаемой как неподконтрольной и превышающей обычные адаптационные возможности и способы реагирования, в силу чего способные вызвать у человека растерянность, замешательство и беспомощность.

Многочисленные потенциальные риски для психического благополучия и дальнейшего личностного функционирования в ситуации, связанной с опытом переживания коронавирусного стресса, можно свести к следующему:

1. Риск ограничения социальных связей и нарушения межличностного общения (самоизоляция, отсутствие профессиональных контактов, социальная депривация).
2. Риск стигматизирующего влияния положительного коронавирусного теста.
3. Риск потери работы, финансовой независимости, снижения качества жизни.
4. Риск формирования психических феноменов, негативно влияющих на качество жизни и социальное благополучие человека.

5. Риск нарушения информационно-психологической безопасности, формирования когнитивных искажений (иррациональных убеждений).

6. Риск разрушения нормативных моделей, регулирующих поведение людей в обычных условиях.

7. Риск утраты социального статуса, осознания жизненной перспективы и контроля над рациональными компонентами образа жизни.

Пандемия коронавируса воспринимается и переживается людьми как кризисная (экстремальная) жизненная ситуация, как реальность новой экстремальной логики жизни или как коронавирусный психологический стресс. У многих лиц этот кризис может стать поворотным пунктом в жизни, новой жизненной реальностью. Способ познания этого опыта и его интеграции в общий жизненный опыт человека во многом определяет успешность и качество его жизни и психологического благополучия в дальнейшем. Субъективное проживание этого опыта пронизано базовыми темами человеческой экзистенции (существования), на которых держится весь жизненный опыт человека. Накопление опыта переживания коронавирусной реальности может оказывать неблагоприятное влияние на психологическое благополучие человека и качество его социальной жизни. В широком смысле слова – это опыт жизни, осознания масштабных вызовов своему собственному бытию в условиях пандемической экстремальной ситуации. Конкретизируя опыт коронавирусной реальности, можно выделить:

- Опыт жизни со страхом заболеть;
- Опыт жизни в условиях самоизоляции и социальных ограничений;
- Опыт столкновения с противоречивой информацией (в т.ч. дезинформацией) о проблемах коронавирусной пандемии;
- Опыт жизни в условиях негативных психологических эффектов пандемического стресса COVID-19 и особого способа существования;
- Опыт переживания угроз целостности своего «Я» (самооценки, способности самореализации, смысла жизни, жизненных ценностей и т.п.) и безопасности своего существования как фундаментальной фабулы переживаний коронавирусной реальности;
- Опыт жизни в условиях длительного постэпидемического психологического дистресса.

Значительной стрессогенностью обладает также пандемический карантин как самоизоляционный, так и принудительный является чаще всего испытанием для человека, неприятным жизненным опытом. Негативные переживания затрагивают такие аспекты как длительное совместное пребывание, дефицит автономии, дисгармоничные семейные отношения и конфликты, неопределенность будущего, семейное насилие и пр.

К основным стрессогенным факторам во время карантина многие исследователи относят (согласно обзору Brooos et al (2020):

- Страх заражения [12-15];
- Продолжительность изоляции [16,13].
- Дезинформация [17,18].
- Разочарование и скука [14,16].
- Недостаток социальной поддержки [19,16].
- Исследователи, изучавшие «психологические эффекты», возникающие во время и после карантина, отметили появление таких признаков как подавленное настроение, раздражительность, бессонницу, страх, апатию, гнев, симптомы посттравматического стресса [17-22].
- Карантин может стать фактором острого стрессового расстройства у лиц, находившихся на карантине в течение 9 дней [23].
- Ряд исследователей отмечал негативное влияние на психическое здоровье карантинной самоизоляции. Так, показатели посттравматического стресса были в 4 раза выше у детей, которые были в условиях самоизоляции, по сравнению с теми к кому такие меры не причислялись. 28% родителей, которые находились в карантинных условиях вместе со своими детьми, обнаружили признаки посттравматического стрессового расстройства [23].
- Одним из неблагоприятных факторов пребывания на карантине является социальная изоляция, которая может повышать риск возникновения различных проблем со здоровьем, в т.ч. риск смерти на 29% [25]. Большая продолжительность карантина непосредственно связана с симптомами посттравматического стресса [13,26], избегающего поведения и гнева [27]. Длительность пребывания на карантине коррелирует с более тяжелыми симптомами посттравматического стресса [14].
- К наиболее частным стрессорам в посткарантинный период относятся: финансовые трудности [18,14,22] и стигматизация [12,20,26,28].

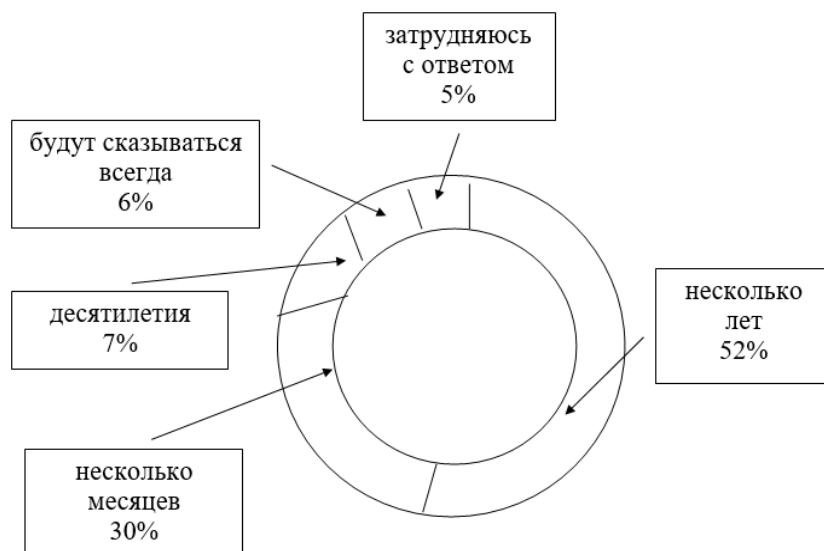


Рис. 2. Данные Комитета по биоэтике при комиссии РФ по делам Юнеско (30 апреля 2020 г.)

Как долго будут сказываться психологические последствия пандемии COVID-19? Ответом на этот вопрос являются данные Комитета по биоэтике при комиссии РФ по делам Юнеско. Результаты опроса респондентов (апрель 2020; N=152, доктора и кандидаты психологических наук) показаны на рис. 2.

Для совладания с трудной жизненной ситуацией, в данном случае – коронавирусной ситуацией, человеку необходимо задействовать весь свой потенциал. В ситуации пандемии и самоизоляции сохранение (восстановление) докарантинного уровня психологического благополучия, социального функционирования, плодотворной жизнедеятельности с ее мотивационной и смысловой составляющими возможно только при опоре на синергические механизмы глобальных (физиологических, психологических, личностных и др.) ресурсов человека. Наиболее важным ресурсом совладания со

стрессом является способность к трансценденции, саморазвитию, самореализации и аутентичному существованию, то есть различные аспекты позитивного психического здоровья. Эти ресурсы противостояния стрессогенным ситуациям, обозначаются как чувство когерентности, «стрессоустойчивость» или «личностная выносливость», понимаемые как потенциальная способность активного преодоления трудностей [29]. Ресурсы личности в значительной степени определяют способность к построению интегрированного поведения, что позволяет даже в условиях значительной психической напряженности сохранить чувство психологического благополучия и удовлетворенности жизнью. Психическая устойчивость связывается с умением человека ориентироваться на определенные цели, характером временной перспективы, организацией своей деятельности.

Абрамов В.А.

КОРОНАВИРУСНЫЙ СТРЕСС: РИСКИ ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Коронавирусная пандемия – беспрецедентное событие первой половины XXI века. Быстро возникшие информационный ажиотаж и панические реакции охватили все слои населения, вызывая колоссальные меры безопасности и предосторожности. Текущая ситуация обнажила многочисленные антропологические (собственно человеческие) проблемы, относящиеся к различным сферам жизнедеятельности человека. К одному из специфических особенностей современной пандемической ситуации можно отнести переживание пандемического стресса. Анализ стрессогенности ситуации, связанной с переживанием коронавирусной реальности, проводится на основе транзакционной теории стресса, согласно которой стрессовое реагирование определяется первичной и вторичной когнитивной оценкой ситуации.

Для совладания с коронавирусной ситуацией, человеку необходимо задействовать весь свой потенциал. В ситуации пандемии и самоизоляции сохранение (восстановление) докарантинного уровня психологического благополучия, социального функционирования, плодотворной жизнедеятельности с ее мотивационной и смысловой составляющими возможно только при опоре на синергические механизмы глобальных (физиологических, психологических, личностных и др.) ресурсов человека. Наиболее важным ресурсом совладания со стрессом является способность к трансценденции, саморазвитию, самореализации и аутентичному существованию, то есть различные аспекты позитивного психического здоровья. Ресурсы личности в значительной степени определяют способность к построению интегрированного поведения, что позволяет даже в условиях значительной психической напряженности сохранить чувство психологического благополучия и удовлетворенности жизнью.

Ключевые слова: коронавирус, пандемия, стрессогенная ситуация

Abramov V.A.

CORONAVIRAL STRESS: RISKS TO HUMAN MENTAL HEALTH

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The coronavirus pandemic is an unprecedented event in the first half of the 21st century. The information rush and panic reactions that quickly emerged have engulfed all segments of the population, prompting colossal security measures and precautions. The current situation has revealed numerous anthropological (actually human) problems related to various spheres of human life. One of the specific features of the current pandemic situation is the experience of pandemic stress. The analysis of the stressfulness of the situation associated with the experience of coronavirus reality is carried out on the basis of the transactional theory of stress, according to which the stress response is determined by the primary and secondary cognitive assessment of the situation.

To cope with the coronavirus situation, a person needs to use their full potential. In a situation of a pandemic and self-isolation, the preservation (restoration) of the pre-quarantine level of psychological well-being, social functioning, and fruitful life with its motivational and semantic components is possible only when relying on the synergistic mechanisms of global (physiological, psychological, personal, etc.) human resources. The most important resource for coping with stress is the capacity for transcendence, self-development, self-realization and authentic existence, that is, various aspects of positive mental health. Personality resources largely determine the ability to build integrated behavior, which allows maintaining a sense of psychological well-being and satisfaction with life even in conditions of significant mental stress.

Keywords: coronavirus, pandemic, stressful situation

Литература

1. Lazarus R.S., Folkman S. Stress Appraisal and Coping. New York. Springer. 1984. 456.
2. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: учебник для вузов. СПб: Питер. 2007. 470.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М.: Изд-во Моск. ун-та. 1984. 200.
4. Бодров В.А. Информационный стресс. М.: ПЕР-СЭ. 2000. 352.
5. Бодров В.А. Психологический стресс. Развитие и преодоление. М.: ПЕР-СЭ. 2006. 528.
6. Баева И.А. Психология безопасности: история, становление, перспективы. Национальный психологический журнал. 2007; 1 (2): 65-70.
7. Богомаз С.А., Гладких А.Г. Психологическая безопасность и ее измерение с помощью Шкалы базисных убеждений. Вестник Томского государственного университета. 2009; 318; 191-194.
8. Будакова А.В., Сметанова Ю.В., Богомаз С.А. Психологическая безопасность как условие развития личностного потенциала. Вестник Томского Государственного Университета. 2010; 338; 156-159.
9. Каменская Е.Н. Гендерный подход в развитии психологической безопасности личности в образовательном пространстве вуза. Ребенок в образовательном пространстве мегаполиса: материалы всероссийской научно-практической конференции. 12-13 апреля 2016. Москва; 2016: 372-375.
10. Журавлев А.Л., Тарабрина Н.В. Вместо предисловия. Проблемы психологической безопасности. М.: Институт психологии РАН. 2012. 440.

11. Пономарева И.В., Тамендарова Е.С. Исследование личностной беспомощности и психологической безопасности в семьях военнослужащих. Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. 4 (70). 2018; 2: 124-135.
12. Cava M.A., Fay K.E., Beanlands H.J., McCay E.A., Wignall R. The Experience of Quarantine for Individuals Affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs.* 2005.
13. Hawryluck L., Gold W.L., Robinson S., Pogorski S., Galea S. Sars control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* 2004.
14. Jeong H., Yim H.W. et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health.* 2016.
15. Mihashi M., Otsubo Y., Yinjuan X., Nagatomi K., Hoshiko M., Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol.* 2009.
16. DiGiovanni C., Conley J., Chiu D., Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecur Bioterror.* 2004.
17. Braunack-Mayer A., Tooher R., Collins J.E., Street J.M., Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health.* 2013.
18. Pellecchia U., Crestani R., Decroo T. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. *PLoS One.* 2015.
19. Caleo G., Duncombe J., Jephcott F. et al. The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone. *BMC Public Health.* 2018.
20. Desclaux A., Badji D., Ndione A.G. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Soc Sci Med.* 2017.
21. Pan P.J.D., Chang S.H. A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: learning from practice. *J Spec Group Work.* 2008.
22. Taylor M.R., Agho K.E., Stevens G.D., Raphael B. Factor's influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health.* 2008.
23. Wang Y., Xu B., Zhao G. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry.* 2011.
24. Segovia F., Moore J.L., Linnville S.E., Hoyt R.E. Optimism predicts positive health in repatriated prisoners of war. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2015. 7 (3): 222-228.
25. Reynolds D.L., Garay J.R., Deamond S.L., Moran M.K., Gold W. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect.* 2008.
26. Marja Novic Z., Greenglass ER., Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2007.
27. Lee S., Chan L.Y., Chau A.M., Kwok K.P. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med.* 2005.
28. Antonovsky A. *Health stress and coping.* San-Francisko: Jossey-Bass Publ. 1979. 255.

References

1. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress Appraisal and Coping.* New York. Springer. 1984. 456.
2. Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. *Konfliktologiya: uchebnik dlya vuzov [Conflictology: a textbook for universities].* Saint-Petersburg: Piter. 2007. 470 (in Russian).
3. Vasilyuk F.E. *Psikhologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya kriticheskikh situatsii) [Psychology of experience (analysis of overcoming critical situations)].* Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta. 1984. 200 (in Russian).
4. Bodrov V.A. *Informatsionnyi stress [Information stress].* Moscow: PER-SE. 2000. 352 (in Russian).
5. Bodrov V.A. *Psikhologicheskii stress. Razvitie i preodolenie [Psychological stress. Development and overcoming].* Moscow: PER-SE. 2006. 528 (in Russian).
6. Baeva I.A. *Psikhologiya bezopasnosti: istoriya, stanovlenie, perspektivy [Security psychology: history, formation, prospects].* *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal.* 2007; 1 (2): 65-70 (in Russian).
7. Bogomaz S.A., Gladkikh A.G. *Psikhologicheskaya bezopasnost' i ee izmerenie s pomoshch'yu Shkaly*

- bazisnykh ubezhdenii [Psychological safety and its measurement using the Basic Belief Scale]. Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. 2009; 318; 191-194 (in Russian).
8. Budakova A.V., Smetanova Yu.V., Bogomaz S.A. Psikhologicheskaya bezopasnost' kak uslovie razvitiya lichnostnogo potentsiala [Psychological safety as a condition for the development of personal potential]. Vestnik Tomskogo Gosudarstvennogo Universiteta. 2010; 338; 156-159 (in Russian).
 9. Kamenskaya E.N. Gendernyi podkhod v razvitiu psikhologicheskoi bezopasnosti lichnosti v obrazovatel'nom prostranstve vuza [Gender approach in the development of the psychological safety of the individual in the educational space of the university]. Rebenok v obrazovatel'nom prostranstve megapolisa: materialy vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. 12-13 aprelya 2016. Moskva [A child in the educational space of a metropolis: materials of the All-Russian scientific and practical conference. April 12-13, 2016. Moscow]. 2016: 372-375 (in Russian).
 10. Zhuravlev A.L., Tarabrina N.V. Vmesto predisloviya. Problemy psikhologicheskoi bezopasnosti [Instead of a preface. Psychological safety problems]. Moscow: Institut psikhologii RAN. 2012. 440 (in Russian).
 11. Ponomareva I.V., Tamendarova E.S. Issledovanie lichnostnoi bespomoshchnosti i psikhologicheskoi bezopasnosti v sem'yakh voenosluzhashchikh [Study of personal helplessness and psychological safety in the families of military personnel]. Uchenye zapiski Krymskogo federal'nogo universiteta imeni V.I. Vernadskogo. Sotsiologiya. Pedagogika. Psikhologiya. 4 (70). 2018; 2: 124-135 (in Russian).
 12. Cava M.A., Fay K.E., Beanlands H.J., McCay E.A., Wignall R. The Experience of Quarantine for Individuals Affected by SARS in Toronto. Public Health Nurs. 2005.
 13. Hawryluck L., Gold W.L., Robinson S., Pogorski S., Galea S. Sars control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. Emerg Infect Dis. 2004.
 14. Jeong H., Yim H.W. et al. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. Epidemiol Health. 2016.
 15. Mihashi M., Otsubo Y., Yinjuan X., Nagatomi K., Hoshiko M., Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. Health Psychol. 2009.
 16. DiGiovanni C., Conley J., Chiu D., Zaborski J. Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. Biosecur Bioterror. 2004.
 17. Braunack-Mayer A., Tooher R., Collins J.E., Street J.M., Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. BMC Public Health. 2013.
 18. Pellicchia U., Crestani R., Decroo T. Social consequences of Ebola containment measures in Liberia. PLoS One. 2015.
 19. Caleo G., Duncombe J., Jephcott F. et al. The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone. BMC Public Health. 2018.
 20. Desclaux A., Badji D., Ndione A.G. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. Soc Sci Med. 2017.
 21. Pan P.J.D., Chang S.H. A support group for home-quarantined college students exposed to SARS: learning from practice. J Spec Group Work. 2008.
 22. Taylor M.R., Agho K.E., Stevens G.D., Raphael B. Factor's influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. BMC Public Health. 2008.
 23. Wang Y., Xu B., Zhao G. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? Gen Hosp Psychiatry. 2011.
 24. Segovia F., Moore J.L., Linnville S.E., Hoyt R.E. Optimism predicts positive health in repatriated prisoners of war. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2015. 7 (3): 222-228.
 25. Reynolds D.L., Garay J.R., Deamond S.L., Moran M.K., Gold W. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. Epidemiol Infect. 2008.
 26. Marja Novic Z., Greenglass ER., Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: an online questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2007.
 27. Lee S., Chan L.Y., Chau A.M., Kwok K.P. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. Soc Sci Med. 2005.
 28. Antonovsky A. Health stress and coping. San-Francisko: Jossey-Bass Publ. 1979. 255.

Поступила в редакцию 20.03.2020

УДК 159.942 :616.89-008:111.1

Абрамов В.Ал.

ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЭМПАТИЮ В ПСИХИАТРИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Применение одного лишь клинического метода исследования в качестве объективного не позволяет оценить и понять психическое состояние пациента в интегрированном единстве психопатологического, патопсихологического, психологического и духовного. Целостное представление о психически больном человеке в целях диагностики, лечения, прогноза и психосоциальной реабилитации нельзя ограничить выделением клинических симптомов и синдромов с формализованным их выражением при помощи шкал и опросников. Важным и необходимым является анализ и понимание всех переживаний пациента, состояния его внутреннего субъективного мира, определяющего не только внешнюю, но и внутреннюю картину болезни, без учёта которой и без влияния на которую лечение и реабилитация пациента будут недостаточно эффективными. Этого понимания нельзя достичь с помощью традиционного клинко-психопатологического метода исследования. Дополнительное использование методов психологического исследования – тестов, шкал и опросников, которое широко практикуется в целях объективизации и количественной оценки психических расстройств, позволяет лишь в небольшой степени приблизиться к более полной оценке психического состояния в силу неизбежных редуционистских ограничений, связанных с этими методами. Целостному познанию и пониманию психически больного человека препятствует направленность клинического, психологических и психометрических методов на объект, а не на субъект исследования. Изучение больного в качестве субъекта требует иных методологических и методических подходов. Многолетняя шаблонная практика применения традиционного клинического метода исследования, дополненная психометрическими методами с их схемами и трафаретами, способствовали обезличива-

нию и десубъективизации психически больных и, как следствие этого, дегуманизации психиатрической помощи [1,2].

Наука даёт объективное и доказательное знание, но это знание общего. В психиатрии важнее знание индивидуального, единичного, неповторимо личностного. Процесс познания болезненного состояния психически больного не может быть ограничен только логическим, рациональным знанием. В этом процессе важное значение имеет субъективная сторона познания, которая непосредственно зависит от человеческих параметров познающего субъекта, то есть врача, от его способности к интуиции, эмпатии, сопереживанию и рефлексии [3,4]. Именно, благодаря этим качествам, познаются субъективные переживания и эмоциональные состояния больных. Для объективных научных методов изучения психической деятельности остаётся недоступной её субъективная сторона. Её познание возможно с помощью сопереживания, роль которого, по мнению П.В. Симонова, в полной мере не оценена ни теорией, ни практикой [1,5].

Эмпатическое понимание является особым когнитивным процессом и фундаментальной методологической категорией [6], лежащей в основе понимающей психологии и понимающей психопатологии [7,8,9]. Способность понимания внутреннего подтекста, считал А.Р. Лурия, является особой стороной психической деятельности, которая может совершенно не коррелировать со способностью к логическому мышлению. Он указывал, что анализ процесса понимания смысла высказываний и перехода от внешних значений к отражению внутреннего подтекста высказываний остаётся центральным и совершенно недостаточно разработанным разделом психологии познавательного процесса [10]. Понимание – это осмысление и оценка. Его специфика заключается в том,

что оно формируется в результате рационализации внерационального, в результате прояснения и формирования значений и смыслов [10,11]. Понимание позволяет выйти за пределы абстрактных научных понятий и эмпирических объективных, но частных научных данных, оторванных от целостного предмета исследования. Основной порок методологии психологического анализа Л.С. Выготский видел в том, что психика при этом расчленяется на части, как бы независимые друг от друга. Взятый из естественных наук способ анализа психики с её расчленением, структурированием, обособлением отдельных проявлений и установлением механических (статистических) связей, противоречит её природе [1].

Теодор Липпс, утверждает, что эмпатия есть, по существу, перенос или проекция собственных представлений на внешний предмет или на другого, так что «другие в субъективном представлении суть, по большому счёту, модификации меня самого». Для возможности такой самопроекции на других Липпс подчёркивает важность связи телесных движений, прежде всего мимических реакций, с определёнными чувствами и ощущениями, а также с прожитым опытом в целом. На основе телесного восприятия другого как раз и осуществляется вчувствование [12].

Поставленная Кантом и впоследствии проанализированная М. Хайдеггером проблема трансцендентального статуса способности воображения (с одной стороны, по «функции души», эта способность принадлежит к трансцендентальной эстетике, а с другой - по «функции рассудка» - трансцендентальной логике) предшествует имплицитно поставленной и решаемой в экзистенциализме проблеме онтологического статуса эмпатии (с одной стороны, по «функции души», эмпатия может считаться способностью бытийно - непосредственно и абсолютно достоверно - знать что другой есть, а с другой - по «функции рассудка» - способ иметь - опосредованно и относительно достоверно - знание что именно собой представляет другой, каково его состояние). Поскольку для экзистенциализма главной является тема душевного существования человека, а не тема чистой сущности рассудка, то эмпатия как душевная способность обладает более высоким онтологическим статусом, чем как рассудочный способ. То

есть для экзистенциализма нерассудочный вид эмпатии предпочтительнее в качестве предмета философского исследования, чем рассудочный. Внимание к изначальной до-рассудочной способности важнее при решении онтологического вопроса о бытии, чем внимание к способу. Поэтому в экзистенциализме рассматривается прежде всего не эмпатический способ отношения к другому, а изначальная эмпатическая способность экзистенций «со-бытийствовать» друг с другом еще до выделения «другости» как таковой. Поэтому эта способность не обозначается понятием «эмпатия», а именуется понятием «со-бытие». Рассудочная же эмпатия, представляющая собой способ обозначается как «понимающее бытие-друг-с-другом» [13,14].

В отличие от «со-бытия» «понимающее бытие-друг-с-другом» (аналог эмпатии, по М. Хайдеггеру) не есть способность знать, что Другой есть (существование, экзистенция) и что Другой есть (сущность, эссенция) в качестве со-Dasein (со-присутствия), а есть способ знать что именно собой представляют Я и Другой, когда со-бытие как изначальная и подлинная способность это знать, понимать исторически деформируется и заменяется суррогатами. Эмпатия же предстает в качестве способа восстановления со-бытия как способности подлинного понимающего бытия-друг-с-другом, бытийного отношения между одним Dasein и другим Dasein. Поэтому в онтологическом смысле эмпатия вторична [13,14].

М. Хайдеггер отмечает, что главный объект внимания - это еще не трансформированное сущим пассивно-проективное существование, к которому относится и нерассудочная эмпатия как архаическое тождество. Такая до-рефлексивная эмпатия не есть собственно вчувствование, предполагающее рефлексивно-проективную активность и соответствующий онтический статус [14].

По М. Буберу эмпатия представляет собой лишь одну сторону полноценного отношения человека к бытию, «Я-Ты отношения». Такое отношение есть не что иное, как изначальная симпатия экзистенций, подлинно бытийная симметричная взаимность, не опосредованная объектным интересом субъективности. Если эмпатия характеризуется познавательно-действенным бытийным отношением, то симпатия, по М. Буберу, онтолого-действенным [14].

Г. Марсель рассматривает эмпатию как один из способов удовлетворения «онтологической потребности», как то «тайнство» сопереживания Другому, которое сдерживает пагубный рост техники вещественного обладания, заменяя ее этической техникой ментального обладания [15].

Э. Левинаса интересует не столько сама по себе эмпатия, сколько ее мотивированность Другим. Он считает, что Я, воспринимая «лицо» Другого, уже до-рефлексивно проблематизируется им. Явленность «лица» ставит Я перед выбором и экзистировать его смыслонаправленность на Другого: готовность и неготовность к эмпатии. Другой, по мнению Левинаса, проблематизирует Я в том смысле, что «другость» «лица» либо заражает, либо не заражает Я эмпатией к другому [14].

Если М. Бубер основное внимание уделяет самому отношению «Я-Другой», то Э. Левинас — тем объективным характеристикам трансцендентного по отношению к Я «лица» Другого, которые либо способствуют, либо не способствуют возникновению эмпатии. Речь идет о степени «магической» притягательности «лица» Другого в онтологическом плане [14].

Согласно Э. Гуссерлю, в эмпатии раскрывается сущность социального познания и поэтому ее можно отнести не столько к сфере онтологии Другого (трансцендентальные и интертемпоральные предпосылки эмпатии), сколько к сфере гносеологии Другого (имманентно-трансцендентная, позиционально-квази-позициональная познавательная структура эмпатии). Э. Гуссерль утверждает, что эмпатия включает в себя как до-рефлексивное знание что Другой есть, так и до-рефлексивное и осознанное предположение что именно собой представляет Другой [16,17].

Э. Штайн определяет эмпатию как переживание (опыт) другого сознания и называет его особым типом восприятия (*perception sui generis*), для которого в современной ей психологии еще нет «ячейки классификации» [18]. Она отмечает, что все концепции вчувствования исходят из имплицитной убежденности, что чувства другого субъекта, его опыт даны нам. Эмпатия, по Э. Штайн, — это переживание особого рода. Как и любое переживание, оно ощущается как принадлежащее мне, актуальное здесь-и-сейчас, и является «первопорядковой» реальностью. Так же как при восприятии, его объект на-

ходится перед нами (мы «читаем» грусть на лице человека). Но по содержанию данное переживание не является первопорядковым — мы ощущаем его как «не свое», так же как мы различаем образ восприятия и образ памяти. Когда я пытаюсь привести чувства другого к ясной данности для меня, содержание, «втянувшее» меня в переживание другого, перестает быть объектом. Я оказываюсь на месте субъекта этого переживания, в мире уже его объектов. И только после успешного прояснения содержания чужого переживания оно снова становится моим объектом. Данность другого сознания как чужого создает осознаваемую дистанцию между субъектом и объектом эмпатии, что позволяет контролировать процесс, не сливаться с объектом [17].

Таким образом, акт эмпатии, по Э. Штайн, состоит из трех этапов: 1) появление переживания чужого чувства; 2) развертывание этого переживания, удовлетворяющее требованиям ясности; 3) детальное воплощение понятого опыта. Возможно неполное прохождение этих этапов, равно как возможны и различные степени требуемой ясности и, соответственно, степени воплощения переживания [17,18].

Экзистенциальный анализ в психиатрии, представителем которого был К. Ясперс, остро поставил вопрос о необходимости глубокого анализа субъективного мира больного человека [7]. Именно Карл Ясперс впервые включил эмпатическое понимание в систему методов феноменологической психиатрии. К. Ясперс решал задачу обоснования системы методов психиатрии и психопатологии (так он называл науку, призванную, с его точки зрения, быть базовой для психиатрической практики), в которой было бы место и для понимания субъективных переживаний больного, и для изучения объективных показателей развития его способностей, соматических процессов. Эмпатия — «субъективный, непосредственный охват психических взаимосвязей изнутри (в той мере, в какой подобный охват вообще возможен)» — понималась как способ постижения субъективных феноменов: переживаний больного, воспринятых исходя из принципов феноменологического метода [7]. «Мы должны оставить в стороне все унаследованные теории, психологические конструкции или материалистические мифологии о душевных процессах, мы должны чистыми обратиться

к тому, что мы можем в его действительном бытии понимать, осмыслять, различать и описывать. Это, как учит опыт, очень трудная задача» [19]. К. Ясперс различает феноменологический метод и смысловое понимание, считает их взаимодополняющими [19,20]. В его понятии эмпатии происходит сближение значений вчувствования, сформулированного в феноменологической традиции, и понимания как сопереживания у В. Дильтея [17].

К. Ясперс как об одной из основных характеристик эмпатии говорит о ее «данности», «самоочевидности», переживании «непосредственной убежденности» в существовании некоторой связи психических явлений. Источник такой убежденности, в отличие от убежденности в истинности естественно-научного знания, не многократное повторение, а «опыт конфронтации с человеческой личностью» [7]. К. Ясперс исключает субъективизм такой трактовки понимания, подчеркивая, что для каждого данного случая суждение опирается на «объективный фактический материал, в терминах которого и понимается данная связь (т. е. на содержание, выражаемое средствами языка, на культурные факторы, на действия людей и характеристики их образа жизни, на их экспрессивную жестикуляцию и мимику)» [17].

Для дальнейшего развития уже экзистенциальной философии К. Ясперса понятие коммуникации, общения стало важнейшей категорией [7]. Именно свой опыт врача-психиатра он указывает как источник мысли, легшей в основу его учения: «Человек как целое не объективируем. Поскольку он объективируем, он есть предмет... но в качестве такового он никогда не есть он сам... Теперь уже нельзя больше спутать объективно-предметное в человеке в эмпирическом смысле с ним самим как экзистенцией, открывающейся в коммуникации» [17].

Таким образом, эмпатия в представлении К. Ясперса не является мистическим постижением глубинных связей психических явлений, как обычно представляли ее критики концепций «понимающей психологии» [21,22], а является в целом, как и у В. Дильтея, результатом опыта человеческого общения и нашей «человечности», укорененной в культуре. Отмечается также характер направленности эмпатии в концепции К. Ясперса: эмпатически мы понимаем говорящего, т. е. его личность, а не просто формальное значение им выраженного. Речь идет о смысловом, целостном понимании жизнен-

ного мира другого. Статус вчувствования для К. Ясперса предельно высок: он фактически выделяет предмет психологии через границы возможностей эмпатии как метода — то, что может быть познано эмпатически, является психологическим [23].

Современный американский философ Д. Смит еще более подчеркивает гносеологическую составляющую эмпатии, когда наряду с эмпатической идентификацией и эмпатическим восприятием при знакомстве с Другим особо выделяет «эмпатическое суждение». Такое суждение предполагает вживание не только в чувства, но и в мысли, в особенности мировосприятия Другого. Я делает умозаключение не что Другой есть, не что именно он есть, а что он переживает. «Я могу эмпатически судить, что Другой переживает, только если я обладаю способностью репродуктивно воображать, что я переживаю вместо Другого» [14].

Современные психиатрические подходы и методы не позволяют проникать во внутренний мир переживаний больных, понимать и правильно оценивать его, постигая истоки и предпосылки возникновения и развития психических расстройств с позиций психогенеза, персоногенеза и социогенеза. В настоящее время, в психиатрии, не используются субъективные способы и приёмы изучения психически больных, не применяют принципы феноменологического исследования и анализа, основы понимающей психопатологии и психологии по К. Ясперсу, экзистенциальный анализа по Л. Бинсвангеру и В. Франклу. Сущность этих подходов и способов состоит в реальном субъективном, эмоциональном проникновении личности и сознания врача в личность и сознание пациента на основе глубокой эмпатии. Многие психиатры, недостаточно осведомлены о том, что эмпатия является одним из важнейших феноменов взаимоотношения человека с человеком, в частности врача с пациентом. Она выражается в соучастии и взаимопонимании, эмоциональной вовлечённости в психическое состояние и переживания другой личности [1].

Таким образом, понимая значение онтологической эмпатии как метода анализа и понимания всех переживаний пациента, состояния его внутреннего субъективного мира, определяющего не только внешнюю, но и внутреннюю картину болезни, становится ясна необходимость применения его в практической психиатрии.

Абрамов В.Ал.

ОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЭМПАТИЮ В ПСИХИАТРИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Наука даёт объективное и доказательное знание, но это знание общего. В психиатрии важнее знание индивидуального, единичного, неповторимо личностного. Процесс познания болезненного состояния психически больного не может быть ограничен только логическим, рациональным знанием. В этом процессе важное значение имеет субъективная сторона познания, которая непосредственно зависит от человеческих параметров познающего субъекта, то есть врача, от его способности к интуиции, эмпатии, сопереживанию и рефлексии. Именно, благодаря этим качествам, познаются субъективные переживания и эмоциональные состояния больных. Для объективных научных методов изучения психической деятельности остаётся недоступной её субъективная сторона. Эмпатическое понимание является особым когнитивным процессом и фундаментальной методологической категорией, лежащей в основе понимающей психологии и понимающей психопатологии.

Ключевые слова: эмпатия, экзистенция, онтологический подход

Abramov V.Al.

ONTOLOGICAL LOOKING ON EMPATHY IN PSYCHIATRY

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Science gives objective and evidence-based knowledge, but this knowledge is general. In psychiatry, knowledge of the individual, the singular, the uniquely personal is more important. The process of cognizing the morbid state of the mentally ill cannot be limited only by logical, rational knowledge. In this process, the subjective side of cognition is important, which directly depends on the human parameters of the cognizing subject, that is, the doctor, on his ability for intuition, empathy, empathy and reflection. It is thanks to these qualities that the subjective experiences and emotional states of patients are cognized. For objective scientific methods of studying mental activity, its subjective side remains inaccessible. Empathic understanding is a distinct cognitive process and a fundamental methodological category underlying understanding psychology and understanding psychopathology.

Keywords: empathy, existence, ontological approach

Литература

1. Полищук Ю.И. Диагностическое и терапевтическое значение врачебной эмпатии в психиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2013; 23(3): 99-103.
2. Полищук Ю.И. Нужно ли отказываться от экзистенциального анализа? Обзорение психиатрии и медицинской психологии им.В.М.Бехтерева. 1991; 2: 99-101.
3. Басин Е.Я. Творчество и эмпатия. Вопросы философии. 1987; 2:54-66.
4. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. М.; 1973. 325.
5. Симонов П.В. О познавательной функции сопереживания. Вопросы философии. 1979; 9: 137-142.
6. Полищук Ю.И. Понимание как философско-методологическая проблема (материалы круглого стола). Вопросы философии. 1986; 7:65-81.
7. Ясперс К. Общая психопатология. М.; 1997. 525.
8. Rogers C.R. Empathic: an appreciated way of being. The Counseling Psychologist. 1975; 5(2): 2-10.
9. Titchener E.B. Systematic Psychology. New York; 1929. 271.
10. Лурия А.Р. Язык и сознание. М.; 1976. 321.
11. Брудный А.А. Понимание как философско-психологическая проблема. Вопросы философии. 1975; 10:109-117.
12. Lipps T. Asthetische Einfuhlung. Zeitschrift fur Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane. 1900; 22: 415-450.
13. Хайдеггер М. Бытие и время. Харьков: «Фолио»; 2003. 503.

14. Эмпатия. URL: https://scorcher.ru/neuro/neuro_sys/empaty/empaty.php (дата обращения 15.10.2020).
15. Марсель Г. О смелости в метафизике: Сборник статей. СПб.: Наука; 2013. 411.
16. Гуссерль Э. Картезианские размышления. СПб.: Наука; 1998. 315.
17. Карягина Т.Д. Эмпатия как метод: точка зрения современной гуманистической психотерапии. Консультативная психология и психотерапия. 2016; 24(5): 178—204.
18. Stein E. On the problem of empathy. Washington. DC: ICS Publications; 1989. 135.
19. Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: дисс ... докт. филос. наук. Курск; 2010. 368.
20. Улановский А.М. Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. М.: Смысл; 2016. 225.
21. Зотов А.Ф. Современная западная философия: Учебник. М.: Высшая школа; 2005. 781.
22. Пузыревский В.Ю. Феномен эмпатии в контексте современной западной философии: дис. ... канд. филос. наук. СПб.; 2001. 214.
23. Карягина Т.Д. Эмпатия как метод: философский взгляд. Консультативная психология и психотерапия. 2015; 5:205- 234.

References

1. Polishchuk Yu.I. Diagnosticheskoe i terapevticheskoe znachenie vrachebnoi empatii v psikhiiatrii. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya [Diagnostic and therapeutic value of medical empathy in psychiatry. Social and Clinical Psychiatry]. 2013; 23(3): 99-103 (in Russian).
2. Polishchuk Yu.I. Nuzhno li otkazyvat'sya ot ekzistsentsial'nogo analiza? Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im.V.M.Bekhtereva [Should we give up existential analysis? Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1991; 2: 99–101 (in Russian).
3. Basin E.Ya. Tvorchestvo i empatiya. Voprosy filosofii [Creativity and empathy. Philosophy questions]. 1987; 2:54–66 (in Russian).
4. Bilibin A.F., Tsaregorodtsev G.I. O klinicheskom myshlenii [About clinical thinking]. Moscow; 1973. 325 (in Russian).
5. Simonov P.V. O poznavatel'noi funktsii soperezhivaniya. Voprosy filosofii [On the cognitive function of empathy. Philosophy questions]. 1979; 9: 137–142 (in Russian).
6. Polishchuk Yu.I. Ponimanie kak filosofsko-metodologicheskaya problema (materialy kruglogo stola). Voprosy filosofii [Understanding as a philosophical and methodological problem (materials of the round table). Philosophy questions]. 1986; 7:65–81 (in Russian).
7. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General psychopathology]. Moscow; 1997. 525 (in Russian).
8. Rogers C.R. Empathic: an anappreciated way of being. The Counseling Psychologist. 1975; 5(2): 2–10.
9. Titchener E.B. Systematic Psychology. New York; 1929. 271.
10. Luriya A.R. Yazyk i soznanie [Language and Consciousness]. Moscow; 1976. 321 (in Russian).
11. Brudnyi A.A. Ponimanie kak filosofsko-psikhologicheskaya problema. Voprosy filosofii [Understanding as a philosophical and psychological problem. Philosophy questions]. 1975; 10:109–117 (in Russian).
12. Lipps T. Asthetische Einfuhlung. Zeitschrift fur Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane. 1900; 22: 415-450 (in German).
13. Khaidegger M. Bytie i vremena [Being and time]. Khar'kov: «Folio»; 2003. 503 (in Russian).
14. Empatiya [Empathy]. URL: https://scorcher.ru/neuro/neuro_sys/empaty/empaty.php (data obrashcheniya 15.10.2020) (in Russian).
15. Marsel' G. O smelosti v metafizike: Sbornik statei [On courage in metaphysics: Collection of articles]. St. Petersburg: Nauka; 2013. 411 (in Russian).
16. Gusserl' E. Kartezianskiye razmyshleniya [Cartesian Reflections]. St. Petersburg: Nauka; 1998. 315 (in Russian).
17. Karyagina T.D. Empatiya kak metod: tochka zreniya sovremennoi humanisticheskoi psikhoterapii. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Empathy as a method: the point of view of modern humanistic psychotherapy. Counseling psychology and psychotherapy]. 2016; 24(5): 178—204 (in Russian).

18. Stein E. On the problem of empathy. Washington. DC: ICS Publications; 1989. 135.
19. Vlasova O.A. Fenomenologicheskaya psikhatriya i ekzistentsial'nyi analiz: diss ... dokt. filos. nauk [Phenomenological psychiatry and existential analysis: dissertation ... doct. Philos. sciences]. Kursk; 2010. 368 (in Russian).
20. Ulanovskii A.M. Fenomenologicheskaya psikhologiya: kachestvennye issledovaniya i rabota s perezhivaniem [Phenomenological Psychology: Qualitative Research and Working with Experience]. Moscow: Smysl; 2016. 225 (in Russian).
21. Zotov A.F. Sovremennaya zapadnaya filosofiya: Uchebnik [Modern Western Philosophy: A Textbook]. Moscow: Vysshaya shkola; 2005. 781 (in Russian).
22. Puzyrevskii V.Yu. Fenomen empatii v kontekste sovremennoi zapadnoi filosofii: dis. ... kand. filos. nauk [The phenomenon of empathy in the context of modern Western philosophy: dis. ... Cand. Philos. sciences]. St. Petersburg; 2001. 214 (in Russian).
23. Karyagina T.D. Empatiya kak metod: filosofskii vzglyad. Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Empathy as a method: a philosophical view. Counseling psychology and psychotherapy]. 2015; 5:205- 234 (in Russian).

Поступила в редакцию 25.02.2020

УДК 159.928.23:616.89

Бабура Е.В.

ПУТЬ ЭКЗИСТЕНЦИАЛИЗМА: ОТ ФИЛОСОФИИ К ПСИХОТЕРАПИИ

Психиатрическая больница № 1, Макеевка, ДНР

Последние десятилетия в научной психиатрической среде произошло экспансивное переосмысление содержательных психических и психологических феноменов. Согласно этим взглядам, психиатрия как часть научного познания стала отходить от медико-биологических принципов, трактующих психику как результат деятельности головного мозга, отражающего объективную реальность в сторону гуманитарных смыслов, где центральное место отводится человеку с его неповторимым субъективным внутренним миром, интрапсихическими переживаниями, личностным потенциалом возможностей. Поэтому сообразно представленной точке зрения, наше внимание сфокусируется на факторах развития личности и ее социокультурной адаптации посредством изучения, в первую очередь, феномена «самоактуализации», который определяет человека самодетерминирующей сложной синергетической системой [1].

Анализ работ, посвященных самоактуализации, привел нас к заключению о недостаточном раскрытии этого понятия в психолого-психиатрическом ракурсе. Чаще встречаются публикации обзорного характера в свете гуманитарно-антропологического подхода или оригинальные исследовательские работы, исключительно раскрывающие содержание понятия «самоактуализация» и механизмы ее формирования на ограниченных возрастных либо профессиональных выборах.

Е.Е. Вахромов в своей работе «Психологические концепции развития человека: теория самоактуализации» [2] дал объемное определение самоактуализации, обозначив ее как целенаправленную специфическую деятельность человека, в которой:

1) объект, на который направлена деятельность, и субъект этой деятельности совпадают (действие направлено на самого себя);

2) эта деятельность сопровождается конкретными, описуемыми результатами в реальности и изменениями в субъекте деятельности,

подпадающими под определение «развитие», «рост»;

3) хотя эта деятельность и выглядит самодостаточной, основанной исключительно на внутреннем потенциале, «самости» — достижение требуемых изменений в реальности и себе не может быть достигнуто вне «ситуации», без опосредования «Другими»;

4) хотя в этой деятельности человек использует свои задатки и способности, тесно связанные с наследственными факторами, социальные и средовые факторы определяют результаты этой деятельности в большей степени, чем наследственные;

5) эта деятельность предполагает само-трансцендирование: ни одна из целей не может считаться окончательной, конечной. Трансцендирование не предполагает разрушения «самости» как центра активности, а расширение целей деятельности, включение «надличностных» целей. При этом самореализация (как изменения на внутреннем плане) становится «побочным продуктом» самоактуализационной деятельности [3].

Впервые в научный обиход термин «самоактуализация» был введен К. Гольдштейном, который писал: «...Самоактуализация – творческая тенденция человеческой природы. Она – основа развития и совершенствования организма, Невежда, стремящийся к знанию, чувствует внутреннюю пустоту, переживает ощущение собственной неполноты. Чтение и учеба удовлетворяют потребность в знании, и пустота исчезает. Таким образом, возникает новый человек, в котором учение заняло место невежества. Желание стало реальностью. Любая потребность – это состояние дефицита, мотивирующее человека на его восполнение... которое и есть самоактуализация» [4].

Далее более подробно проблема самоактуализации развивалась в западном гуманистическом подходе (А. Маслоу, К Роджерс), частично – в социокультурном психоанализе (К Хорни), отечественном деятельностном

подходе (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн), акмеологическом подходе (К.А. Альбухова-Славская, В.Н. Мясищев, Б.Г. Ананьев), философско-антропологическом подходе (В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев), культурологическом подходе (М.А. Недашковская).

Один из представителей гуманистической психологии - Абрахам Маслоу под самоактуализацией понимал непрерывный процесс развития своих возможностей, основанных на иерархически упорядоченной системе мотиваций, и компетентного стиля жизни с определенной системой ценностных ориентаций, средств и форм организации жизнедеятельности. Беря примеры из своей клинической практики, А. Маслоу сделал вывод, что только здоровые индивиды способны приводить в полное равновесие свои мысли, чувства и действия, справляться с разногласиями в себе, обладать стремлением к максимальному раскрытию своих способностей и задатков, которые выступают наивысшей человеческой потребностью [5]. Для того чтобы движение к самоактуализации началось, человек должен удовлетворить все низшие иерархические позиции, например, доминирующие потребности в безопасности и уважении, а также другие фрустрированные (дефицитарные) способности.

В своей поздней работе «Дальние пределы человеческой природы» А. Маслоу изменил концепцию мотивации личности, фактически отказавшись от многоуровневой пирамиды потребностей. Упростив модель, он выделил низшие, «дефицитарные» и высшие, «бытийные», потребности. Он писал: «...самоактуализацию можно было бы определить, как такое развитие личности, которое освобождает человека от дефицита проблем роста и от невротических... проблем жизни, так что он может обратиться к «настоящим» проблемам жизни, - и не только обратиться, но и устоять перед ними, и взяться за них» [2].

К. Роджерс и А. Маслоу полагали, что отказ от саморазвития приводит человека к психическим расстройствам, особенно невротического спектра. Из этого следует, что процесс самоактуализации может быть ограничен или «свернут»: негативным влиянием прошлого опыта и возникшими в результате непродуктивными стереотипами поведения; деструктивным окружением и групповым давлением, которое заставляет изменить собственным вкусам и суждениям во

благо социальным стандартам; внутренними Эго-защитами и избегающими стратегиями совладания.

«Самоактуализирующему» человеку по А. Маслоу присущ широкий спектр качеств, таких как: креативность, независимость, самобытность, оригинальность, постоянная вовлеченность в работу роста и развития способностей до максимально возможного. В связи с этим, такие индивидуумы склонны решать наиболее трудные и запутанные проблемы, которые требуют высокой степени творческих усилий. «В их поведении преобладают мотивы роста, развития внутренних потенций, способность превратить любую деятельность в акт творчества и стремление к совершенству» [6]. Однако вопрос о том, как формируются эти личностные качества при самоактуализации, А. Маслоу оставил открытым, поясняя, что стремление к самоактуализации некий гипотетический идеал, к которому не каждый стремится [5].

К Роджерс утверждал, что для самоактуализирующейся личности характерны: 1. способность находиться здесь и сейчас; 2. умение руководствоваться своими принципами и установками; 3. умение понимать себя и других; 4. осознание личностью перспективы собственного и общественного развития; 5. умение видеть альтернативы; 6. овладение индивидуальным стилем деятельности. Тенденция у самоактуализации – это становление личности в ее автономной воплощенности.

Анализируя работы зарубежных исследователей по проблеме самоактуализации личности, можно сделать следующие выводы:

- самоактуализация присуща лишь психологически здоровым людям,
- самоактуализация – это врожденная, изначально свойственная человеку тенденция к саморазвитию,
- самоактуализация – это основополагающее свойство зрелой личности, стремящейся к полноценной реализации собственного потенциала,
- показатели самоактуализации личности отражают всю полноту и богатство ее развития, заложенные потенции, развитие таких качеств как автономность личности, способность к личностному и профессиональному самоопределению и др [7].

В отечественной психологии закрепился деятельностный подход, главный принцип которого заключается не только в развитии

и росте, но и в активации потенциальных характеристик человека для приобретения и повышения уровня компетентности – специфической способности, позволяющей эффективно решать типичные проблемы, задачи, возникающие в реальных ситуациях повседневной жизни, производственной и общественной деятельности.

Во время психологической инициализации процесса самоактуализации происходят количественные и качественные изменения человека, что говорит о наличии определенных показателей самоактуализированной личности [8-10]. Первый показатель – креативность как творческая возможность человека. Второй – возрастная социально-психологическая адаптированность – уровень фактического приспособления индивида к жизни, удовлетворенности или неудовлетворенности ею. Третьим показателем самоактуализированной личности является высокий уровень развития рефлексивности – мысленного процесса, направленного на анализ, оценку предпосылок, условий, течения и планирования внутренней жизни. Четвертый показатель – готовность к саморазвитию – готовность становиться и быть подлинным субъектом своей собственной жизни.

Теория самоактуализации основывается на экзистенциализме, феноменологии и «экспериментальной» парадигме в методологии. В феноменологически-экзистенциальном контексте самоактуализация человека – источник, побуждающий к поиску смысла жизни, фактор духовного роста. Следовательно, отсутствие смысла, невозможности его нахождения, бесцельность и пустота существования, неизбежно приводят человека в состояние экзистенциального кризиса (вакуума), который является глубинной причиной психических расстройств, девиантных и делинквентных форм поведения. По словам В. Франкла: «Сегодня мы, по сути, имеем дело уже с фрустрацией не сексуальных потребностей, как во времена Фрейда, а с фрустрацией потребностей экзистенциальных. Сегодня пациент уже не столько страдает от чувства неполноценности, как во времена Адлера, сколько от глубинного чувства утраты смысла, которое соединено с ощущением пустоты – поэтому я говорю об экзистенциальном вакууме» [11, с. 24].

Опираясь на сущность самоактуализации, она всегда есть результат собственных

усилий индивида, совершающий свободный выбор: или подниматься вверх или катиться вниз. Экзистенциализм понимает свободу как сознательный выбор и осуществление индивидуального жизненного проекта. Свобода – это главное, что отличает человека от всего нечеловеческого. Обретая себя как экзистенцию, человек обретает и свободу, которая является основным источником и движущей силой его существования. Согласно экзистенциализму, смысл свободы состоит в том, что человек не является объектом, формирующимся под воздействием социума, равно как и не является «продуктом» биологического, животного начала, а «выбирает» самого себя, создает себя своими действиями и поступками в каждый момент своей жизни. При этом экзистенциальная парадигма не отрицает значительного воздействия на становление личности социальных обстоятельств и, безусловно, признает влияние его биологической природы, в том числе и иррациональных бессознательных сил. Однако нельзя считать социальные или биологические детерминанты доминирующими или, более того, единственными факторами человеческого развития. «Экзистенциальный анализ считает человека существом свободным, ориентированным на смысл и стремящимся к ценностям, в противоположность ходячему психоаналитическому представлению о человеке как о существе, детерминированном преимущественно влечениями и стремящимся к наслаждению» [11, с. 115].

В благоприятных внешних условиях, допускающих свободу жизненного выбора, активность личности, приобретая характер творческого процесса, дает импульсы к ее самосовершенствованию и индивидуализации. Если же деятельность индивида протекает как функционирование, лишенное творческого начала, то есть внутренне обусловленное «движение в равновесии», то самосовершенствование этого индивида оказывается проблематичным, скорее всего, невозможным: здесь происходит лишь простое воспроизводство уже имеющихся духовных структур [12].

В. Франкл обращал внимание на недостаточность и даже отчасти опасность только одной самоактуализации для психологического благополучия человека, замечая, что не только фрустрация низших потребностей порождает проблему смысла, но и их удовлетворение. Он рассматривал самоактуализацию

как диалог человека с самим собой, когда речь должна идти о диалоге человека с миром его жизни. Именно поэтому только лишь стремление к самоактуализации в психотерапии, без осознанного внутренне мотивированного диалога человека не только с самим собой, но и с миром, особенно человека с зависимым поведением, замыкает его ещё больше в собственном внутреннем мире, изолирует, делает его несвободным и не может служить источником для подлинного удовлетворения, так как не обеспечивает его подлинными смыслами, что тут же актуализирует следующий вопрос — об аутентичном существовании человека [11].

Анализируя труды В. Франкла и А. Лэнгле, можно прийти к заключению, что самоактуализацию следует рассматривать как форму экзистенциальной ответственности личности, которая проявляется через основные способности человека к самодистанцированию и самотранценденции, подъёму над своим психофизическим измерением и выходу за пределы себя к ценностям и смыслам, направленным на благо как самого человека и окружающих его людей, так и общества в целом [13; 14]. Это продвижение личности вперёд всегда будет сопровождаться не только рефлексией, ростом внутренней поисковой активности, творчеством, креативностью, но и мужеством, так как ей каждый раз придётся покинуть некий актуальный уже достигнутый ценностно-смысловой уровень развития и решиться идти на риск в пользу пока ещё неосуществлённого себя. Экзистенциальная ответственность личности заключается и в том, чтобы не защищаться от подобных вызовов жизни, более того, активно искать и создавать их для себя [15].

Говоря о феномене экзистенциальной ответственности, без которой невозможна самоактуализация личности, исследователи приходят к категориям, которые взаимно дополняют друг друга и создают единую структуру:

— личность находится в постоянной внутренней ответственности за то, как она существует и существует ли вообще;

— признание человека как автора своей жизни. Одной из базисных основ этого авторства представляется внутренняя мотивация личности;

— осознание и принятие реальной жизненной ситуации, которая требует от человека сделать выбор;

— на основании голоса совести и ценностно-смысловой системы личности совершение выбора как предпочтения только одной возможности для реализации перед всеми другими альтернативами;

— прогнозирование последствий своего выбора, в котором есть место для принятия как положительных последствий, так и тех, которые приведут человека к страданию [16].

Пошагово исследуя исторические этапы и философско-методологические основы феномена самоактуализации, мы приходим к выводу, что самоактуализация как инструмент познания человеческого существа, направлен на активацию его внутренних процессов структурирования личности и перестройку ее духовной системы. Соответственно для психиатрии, кроме инструкций по фармакологической поддержке и медицинской-социальной реабилитации, открывается путь нового мировоззрения, который заключается в оценке и интерпретации состояния больного со стороны его собственной ресурсности, морально-ценностной свободы. Пользуясь данным неформальным способом анализа, психиатрия расширяет рамки своих лечебно-диагностических возможностей. Это позволяет каждому нуждающемуся в специализированной помощи раскрыть его способность принимать себя и природу других людей, объективно воспринимать реальность со стабильным психоэмоциональным ответом, центрироваться на проблеме и путях ее разрешения, развивать автономию, общественный интерес, глубину межличностных отношений. Снижение предупреждений, «мистичности» мышления, увеличение способности противостоять окультуриванию дает самому пациенту ощущение стабильности, креативного восприятия и усвоению черт демократического склада личности.

Объективным психолого-психиатрическим основанием самоактуализации является потребность субъекта в саморазвитии, самосовершенствовании. Субъективным же ее условием является укоренение идеала и основанных на нем творческих ориентиров в системе мировоззрения личности. Самоактуализация — не «самопроизвольный» переход на новый уровень развития личности, а результат выбора такого способа самореализации, который создает необходимые факторы переструктурирования ее потребностей. Базовые принципы обоснования совершаемого выбора как

раз и содержит в себе мировоззрение личности – субъективное образование, выражающее комплекс внутренних и внешних объективных оснований, и движущих сил ее активности. В потоке этих интенций существенную роль играют память о прошлом и представление о будущем. Благодаря им настоящее обладает длительностью: в нем присутствует и прошлое, и будущее, что составляет важнейшее определение личностного бытия. В процессах самосовершенствования интенциональность личности, направленность и динамика ее самореализации, выявляются как нацеленность ее на будущее [12].

С возникновением потребности в самоактуализации ее удовлетворение предстает как самоорганизующийся процесс осуществления личностной свободы человека и становления на этой основе его индивидуальности. Личность становится индивидуальностью, осознанно стремясь к субъективированию в себе всеобщего начала, то есть к подлинно свободному саморазвитию. При этом потребность в самоактуализации выступает «сверхмощным» двигателем индивидуализации личности. Самоактуализация как процесс, движимый потребностями субъекта в творческой самореализации саморазвитии, противостоит шаблонности, стереотипности, конформистскому стремлению жить чужой жизнью. Таким образом, самоактуализация – путь прогрессирующей индивидуализации личности, путь формирования все более слож-

ной и своеобразной структуры ее духовного мира. Самоактуализация личности повышает степень ее самостоятельности, независимости от внешних влияний, то есть степень ее свободы [17].

Таким образом, самоактуализация – активное динамическое образование, ценностно-смысловой ресурс личностного потенциала, который обеспечивает состояние функционирования человека на более высоком уровне, чем прежде, особенно в условиях психического расстройства. Следуя основным психологическим принципам, можно заключить, что самоактуализация: показатель целостности и уникальности человека; детерминант степени и силы свободы; мера ответственности на свой выбор; абсолютный эмансипатор внутреннего творческого потенциала; компонент темпоральной основы - от прошлого к будущему; предиктор психического здоровья и социального благополучия. В психиатрическом ракурсе феномен самоактуализации рассматривается как инструмент для достижения качественно гармоничного существования человека в условиях расстройства, где рычаги лечебного и реабилитационного воздействия отдаются в руки самого пациента, который при содействии специалиста учится актуализировать свои неповторимые качества личности, знает свои права и обязанности, поступает в соответствии с потребностями его смысловозначимого пространства.

Бабура Е.В.

ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА САМОАКТУАЛИЗАЦИИ

Психиатрическая больница № 1, Макеевка, ДНР

В статье последовательно изложены исторические этапы и философско-методологические основы содержания феномена самоактуализации. Изложен психолого-психиатрический контекст самоактуализации человека, который заключается в перестройке его духовной структуры и реализации им своей сущностной потенции в соответствии с потребностями настоящего смысловозначимого пространства.

Самоактуализация – активное динамическое образование, ценностно-смысловой ресурс личностного потенциала. Следуя основным психологическим принципам, можно заключить, что самоактуализация: показатель целостности и уникальности человека; детерминант степени и силы свободы; мера ответственности на свой выбор; абсолютный эмансипатор внутреннего творческого потенциала; компонент темпоральной основы - от прошлого к будущему; предиктор психического здоровья и социального благополучия. В психиатрическом ракурсе феномен самоактуализации рассматривается как инструмент для достижения качественного гармоничного существования человека в условиях расстройства, где рычаги лечебного и реабилитационного воздействия отдаются в руки самого пациента, который при содействии специалиста учится актуализировать свои неповторимые качества личности.

Ключевые слова: самоактуализация, гуманистическая психология, свобода, ответственность, творчество, феноменологически-экзистенциальный аспект

LOOK AT SELF-ACTUALIZATION IN THE PHENOMENOLOGICAL-EXISTENTIAL ASPECT
Psychiatric Hospital № 1, Makeyevka, DPR

The article consistently outlines the historical stages and philosophical, methodological foundations of the content of self-actualization. The psychological and psychiatric context of a person's self-actualization is stated, which consists in the restructuring of his spiritual structure and his realization of his essential potential in accordance with the needs of the real meaning of life space.

Self-actualization is an active dynamic education, a value-semantic resource of personal potential. Following the basic psychological principles, we can conclude that self-actualization: an indicator of the integrity and uniqueness of a person; determinant of the degree and strength of freedom; a measure of responsibility of your choice; an absolute emancipator of inner creative potential; component of the temporal basis - from the past to the future; predictor of mental health and social well-being. From a psychiatric perspective, the phenomenon of self-actualization is considered as a tool for achieving a high-quality harmonious human existence in conditions of disorder, where the levers of therapeutic and rehabilitative influence are given to the patient himself, who, with the assistance of a specialist, learns to actualize his unique personality traits.

Keywords: self-actualization, humanistic psychology, freedom, responsibility, creativity, phenomenological-existential aspect

Литература

1. Герасимов В.П., Цветкова О.А. Феноменология и онтология самореализации. Омский научный вестник. 2013; 1(115): 104-107.
2. Вахромов Е.Е. Психологические концепции развития человека: теория самоактуализации: Учебное пособие. М.: Международная педагогическая академия; 2001. 162.
3. Вахромов Е.Е. Самоактуализация и жизненный путь человека. Современные проблемы смысла жизни и акме. М.: ПИРАО; 2002: 147–164.
4. Соловых О.В. О теоретических аспектах самоактуализации личности. Вестник Орского государственного университета. 2011; 6(125): 25-31.
5. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. СПб.; 1997. 430.
6. Петровская М.А. Динамика потребностей самоактуализирующейся личности: дис. ... канд. психол. наук. М.; 2011.
7. Забелина А.В. Проблема самоактуализации личности. Гуманитарные ведомости ТГПУ им. Л. Н. Толстого. 2013; 3 (7): 26-32.
8. Коджаспирова Г.М., Коджаспиров А.Ю. Словарь по педагогике (междисциплинарный). М.: ИКЦ «МарТ»; 2005.
9. Степанов С.Ю., Семенов И.Н. Психология рефлексии: проблемы и исследования. Вопросы психологии. 1985; 3: 69.
10. Куличкова С.А. Саморазвитие старшеклассников в лицее интернате: теория и практика. Вестник СевКавГТУ. Сер. Гуманитарные науки. 2004; 2(12).
11. Франкл В. Человек в поисках смысла. Под общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. М.: Прогресс; 1990. 368.
12. Петровская М.А. Самоактуализация личности как потребность: мировоззренческие координаты. Ученые записки. 2008; 4: 181-189.
13. Лэнгле А. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии. М.: Генезис; 2009.
14. Франкл В. Психотерапия на практике. СПб.: Речь; 2001.
15. Чудновский В.Э. Смысл жизни: проблема относительной эмансипированности от «внешнего» и «внутреннего». Психол. журнал. 1995; 2: 15–26.
16. Попова О.Ф., Батурина А.Д. Экзистенциальный анализ категории ответственной самоактуализации личности. Акмеология. 2015; 4(56): 316-321.
17. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер; 1999. 537.

References

1. Gerasimov V.P., Tsvetkova O.A. Fenomenologiya i ontologiya samorealizatsii [Phenomenology and ontology of self-realization]. Omskii nauchnyi vestnik. 2013; 1(115): 104-107 (in Russian).
2. Vakhromov E.E. Psikhologicheskie kontseptsii razvitiya cheloveka: teoriya samoaktualizatsii: Uchebnoe posobie [Psychological concepts of human development: the theory of self-actualization: Textbook]. Moscow: Mezhdunarodnaya pedagogicheskaya akademiya; 2001. 162 (in Russian).
3. Vakhromov E.E. Samoaktualizatsiya i zhiznennyi put' cheloveka. Sovremennye problemy smysla zhizni i acme [Self-actualization and the life path of a person. Modern problems of the meaning of life and acme]. Moscow: PIRAO; 2002: 147–164 (in Russian).
4. Solovykh O.V. O teoreticheskikh aspektakh samoaktualizatsii lichnosti [On the theoretical aspects of self-actualization of personality]. Vestnik Orskogo gosudarstvennogo universiteta. 2011; 6(125): 25-31 (in Russian).
5. Maslou A. Dal'nie predely chelovecheskoi psikhiki [The far reaches of the human psyche]. Saint-Petersburg; 1997. 430 (in Russian).
6. Petrovskaya M.A. Dinamika potrebnosti samoaktualiziruyushcheisya lichnosti [The dynamics of the needs of a self-actualizing personality]: dis. ... kand. psikh. nauk. Moscow; 2011 (in Russian).
7. Zabelina A.V. Problema samoaktualizatsii lichnosti [The problem of self-actualization of personality]. Gumanitarnye vedomosti TGPU im. L. N. Tolstogo. 2013; 3 (7): 26-32 (in Russian).
8. Kodzhaspirova G.M., Kodzhaspirov A.Yu. Slovar' po pedagogike (mezhdistsiplinary) [Dictionary of Pedagogy (interdisciplinary)]. Moscow: IKTs «MarT»; 2005 (in Russian).
9. Stepanov S.Yu., Semenov I.N. Psikhologiya refleksii: problemy i issledovaniya [Psychology of reflection: problems and research]. Voprosy psikhologii. 1985; 3: 69 (in Russian).
10. Kulichkova S.A. Samorazvitie starsheklassnikov v litsee internate: teoriya i praktika [Self-development of high school students in a lyceum boarding school: theory and practice]. Vestnik SevKavGTU. Ser. Gumanitarnye nauki. 2004; 2(12) (in Russian).
11. Frankl, V. Chelovek v poiskakh smysla [Man in search of meaning]. Pod obshch. red. L. Ya. Gozmana i D. A. Leont'eva. Moscow: Progress; 1990. 368 (in Russian).
12. Petrovskaya M.A. Samoaktualizatsiya lichnosti kak potrebnost': mirovozzrencheskie koordinaty [Self-actualization of personality as a need: worldview coordinates]. Uchenye zapiski. 2008; 4: 181-189 (in Russian).
13. Lengle A. S soboi i bez sebya. Praktika ekzistentsial'no-analiticheskoi psikhoterapii [With and without himself. The practice of existential-analytical psychotherapy]. Moscow: Genezis; 2009 (in Russian).
14. Frankl V. Psikhoterapiya na praktike [Psychotherapy in practice]. Saint-Petersburg: Rech'; 2001 (in Russian).
15. Chudnovskii V.E. Smysl zhizni: problema otnositel'noi emansipirovannosti ot «vneshnego» i «vnutrennego» [The meaning of life: the problem of relative emancipation from the “external” and “internal”]. Psikh. zhurnal. 1995; 2: 15–26 (in Russian).
16. Popova O.F., Baturina A.D. Ekzistentsial'nyi analiz kategorii otvetstvennoi samoaktualizatsii lichnosti [Existential analysis of the category of responsible self-actualization of personality]. Akmeologiya. 2015; 4(56): 316-321 (in Russian).
17. Kh'ell L., Zigler D. Teorii lichnosti [Theories of personality]. Saint-Petersburg: Piter; 1999. 537 (in Russian).

Поступила в редакцию 14.02.2020

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89-008.441.45:159.923+616.89-008.454]-085

Ряполова Т.Л.¹, Титухин Н.В.²

ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

¹ Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР;

² Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР

Больные с депрессивными расстройствами, как вследствие особенностей клинических проявлений заболевания, так и в силу сложившихся в социуме предрассудков в отношении пациентов с психическими расстройствами, оказываются подверженными процессам стигматизации и самостигматизации, которые являются трудными жизненными ситуациями, предусматривающими индивидуальную психическую адаптацию к ним. Психическая адаптация как процесс совладания человека с трудными жизненными ситуациями может происходить на внешнем, поведенческом уровне в виде копинг-стратегий, направленных на преодоление проблемы (аллопсихическая адаптация) и в виде механизмов психологической защиты (интрапсихическая адаптация) [1, с. 32].

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния индивидуальных особенностей механизмов приспособления на степень самостигматизированности больных с депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования

Было обследовано 116 больных с аффективными расстройствами, которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии (основная группа), из них 25 чел. (21,6%) – пациенты с депрессивным эпизодом легким (F32.0) и умеренным (F32.1); 34 чел. (29,3%) – пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, текущий эпизод легкой степени (F33.0) и текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1); 57 чел. (49,1%) – пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3). Степень тяжести

депрессивной симптоматики (шкала НАМ-D) оценивалась как легкая степень (8-13 баллов) у 39 чел. (33,6%), средняя степень тяжести (14-18 баллов) – у 77 чел. (66,4%).

Обследованные пациенты в зависимости от уровня самостигматизации (СС) [2] были разделены на группы: группа I (низкий уровень СС) – 14 чел. (12,07%), группа II (средний уровень СС) – 66 чел. (56,9%), группа III (высокий уровень СС) – 36 чел. (31,03%).

Группа сравнения была сформирована из 30 больных с депрессией без признаков самостигматизации, сопоставимых с пациентами основной группы по клиническим, динамическим, гендерно-возрастным и другим социально-демографическим характеристикам.

В исследовании использовались методы: клиничко-психопатологический, психодиагностический, метод математической обработки результатов.

Клиничко-психопатологический метод предусматривал психиатрическое обследование больных путем традиционного опроса и динамического анализа психического статуса пациента. Для стандартизованной количественной состояния больных с депрессивными расстройствами была использована Шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression – НАМ-D, М. Hamilton, 1960) [3].

Психодиагностический метод предусматривал оценку уровня ауто-стигматизации больных с депрессией с помощью Шкалы оценки уровня самостигматизации (В.А. Абрамов и соавт., 2011) [4]. Для определения доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий больных была использована методика «Копинг-поведение в стрессовых си-

туациях» (С. Норманн и соавт., 1988) [5, с.162]. Исследование механизмов психологической защиты (МПЗ) проводилось с помощью методики определения механизмов психологической защиты R. Plutchik и H. Kellerman (1979) [5, с.168].

Метод математической обработки результатов предусматривал создание компьютерного банка данных 146 обследованных больных и дальнейшей статистической обработки полученных результатов. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались методы статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Под копинг – поведением понимается психологическое преодоление, совладание субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее актуальностью для личности и ее ресурсами. Данный процесс предполагает определенные когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния травматической ситуации. Активная форма копинг – стратегии предусматривает целенаправленные усилия по устранению или изменению влияния стрессовой ситуации за счет ослабления личностной связи с ситуацией стресса. В случае использования личностью интрапсихических способов совладания со стрессом с помощью механизмов психологической защиты, когда происходит редукция эмоционального напряжения при сохраняющейся стрессовой ситуации, копинг-поведение рассматривается как пассивное.

В соответствии с классификацией копинг-поведения С. Норманн и соавт. [], у обследованных пациентов с депрессией нами выделялись три основных типа копинг-стратегий (копинг, сфокусированный на разрешении проблем; копинг, сфокусированный на эмоциях; копинг, сфокусированный на избегании), которые характеризовались различными комбинациями когнитивных, эмоциональных и поведенческих составляющих переживания стресса.

В таблице 1 приведены данные о частоте использования различных копинг-стратегий больными с депрессией с различным уровнем самостигматизации.

Больные с низким уровнем самостигмы примерно с одинаковой частотой использовали все виды копинг-стратегий, направленных на преодоление стресса, связанного, в том числе, со стигматизирующими воздействиями. Их стратегии преодоления были направлены как на решение задач (35,7±0,6% больных), на эмоции (35,7±0,6%) и на избегание стрессовой ситуации (28,6±1,0%).

В группе депрессивных пациентов со средним уровнем самостигматизации в основном использовался копинг, ориентированный на эмоции (42,4±0,9%), причем данный показатель статистически значимо ($p < 0,05$) превышал соответствующие показатели как в группах с более низким или более высоким уровнем самостигмы, так и в группе сравнения. Стратегии, ориентированные на решение задач или избегание использовались примерно с одинаковой частотой (31,8±0,7% и 25,8±0,7% соответственно)

На заключительных этапах самостигматизации для больных с депрессией оказа-

Таблица 1

Частота преобладающих вариантов копинг-поведения больных с депрессией с различным уровнем самостигматизации

Варианты копинг-поведения	Группа I, %±m% (n=14)	Группа II, %±m% (n=66)	Группа III, %±m% (n=36)	Группа сравнения, %±m%
I - копинг, ориентированный на решение задач	35,7±0,6	31,8±0,7	33,3±0,6	60,0±0,4*
II - копинг, ориентированный на эмоции	35,7±1,4	42,4±0,9*	38,9±0,7	33,3±1,2
III - копинг, ориентированный на избегание	28,6±1,0	25,8±0,7	27,8±0,5	6,7±0,9*

Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно предыдущего исследования (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок).

лись используемыми как ориентированные на решение проблем стратегии поведения ($33,3 \pm 0,6\%$), так и на эмоции ($38,9 \pm 0,7\%$) или избегание ($27,8 \pm 0,5\%$).

Сравнение частоты использования различных видов копинг-стратегий у самостигматизированных больных с аналогичными показателями в группе сравнения обнаружило ряд закономерностей, имеющих, с нашей точки зрения, определенное прогностическое значение. Так, статистически значимо ($p < 0,05$) более частое использование когнитивных стратегий, предусматривающих использование различных вариантов решения проблем, связанных с депрессией, в группе сравнения ($60,0 \pm 0,4$), позволяет рассматривать вариант копинга, ориентированного на решение задач, как оптимальную стратегию преодоления стигматизирующих и самостигматизирующих аспектов. В то же время, эскапизм как избегающая стратегия поведения использовалась нестигматизированными депрессивными больными статистически значимо ($p < 0,5$) реже (в $6,7 \pm 0,9\%$ случаев), чем аутоستيгматизированными пациентами, что свидетельствует о принятии больными группы сравнения своего состояния и сопряженных с ним проблем. Данное наблюдение может быть использовано в разработке специфических психокоррекционных подходов в работе с подверженными самостигматизации депрессивными больными.

Различия частоты используемых копинг-стратегий в сравниваемых группах больных подтверждались и их содержательными характеристиками. В таблице 2 представлены данные об интенсивности используемых копинг-стратегий больными

с депрессивными расстройствами с разным уровнем самостигматизации.

Весь спектр возможных копинг-стратегий у обследованных больных нами был разделен на конструктивные, условно конструктивные и неконструктивные варианты. В качестве конструктивного рассматривался копинг, ориентированный на разрешение проблем, условно конструктивного – ориентированный на эмоции и неконструктивного – ориентированный на избегание.

У пациентов всех групп, вне зависимости от уровня самостигматизации преобладали условно конструктивные стратегии копинга, ориентированные на эмоции ($54,0 \pm 1,9$ в группе больных с низким уровнем самостигматизации, $58,5 \pm 1,9$ – со средним, $55,0 \pm 1,3$ – с высоким уровнем самостигмы, различия между группами статистически незначимы, $p > 0,05$). Копинг, ориентированный на управление эмоциональными последствиями стрессорных жизненных обстоятельств, каковыми являлись факторы и механизмы самостигматизации, предусматривал их пассивное преодоление с использованием различного арсенала механизмов психологической защиты, направленных на редукцию эмоционального напряжения и дезадаптивного отношения к травматическому событию, а не на изменение или активное преодоление стрессовой ситуации. Особенно выраженной данная стратегия была у пациентов группы II, которые, помимо депрессивных переживаний, «вживались» в роль больного с психическими расстройствами. При этом пациентами, согласно нашим наблюдениям, использовались три варианта данной стратегии. Первый из них, чаще встречавшийся у больных со средним уровнем аутоستيгмы, был обозначен нами как

Таблица 2

Сравнительная оценка интенсивности использования копинг-стратегий в сравниваемых группах больных

Варианты копинг-поведения	Группа I, $\bar{X} \pm m$	Группа II, $\bar{X} \pm m$	Группа III, $\bar{X} \pm m$
Копинг, ориентированный на решение задач	$49,0 \pm 1,5^*$	$46,0 \pm 1,3^*$	$47,0 \pm 1,2^*$
Копинг, ориентированный на эмоции	$54,0 \pm 1,9$	$58,5 \pm 1,9$	$55,0 \pm 1,3$
Копинг, ориентированный на избегание	$38,0 \pm 1,1^*$	$35,5 \pm 1,4^*$	$41,0 \pm 2,2^*$

Примечание: * - значения, для которых выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия относительно предыдущего исследования (Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок).

эмоциональное напряжение, в переживаниях присутствовали утверждения: «испытываю раздражение, напряжение, эмоциональный шок», «переживаю о последствиях». Второй вариант, усугублявшийся болезненными депрессивными переживаниями, представлял собой пессимизм с чувством вины, что находило отражение в высказываниях типа: «вину себя за нерешительность», «погружаюсь в свою боль и страдания», «вину себя за то, что оказался в данной ситуации, за слишком эмоциональное отношение к ней», «переживаю, что не могу справиться с ситуацией», «жалею, что не могу ничего изменить», «думаю о своих недостатках». Ориентированный вовне вариант данной стратегии заключался в переживаниях того, что больные вербализовали как «отыгрываюсь на других», «убеждаю себя, что это произошло не со мной». Конструктивные элементы данной стратегии заключались в том, что больные не дистанцировались от травмирующей ситуации, переживали ее, искали оправдательные нюансы своей беспомощности, в широком смысле демонстрировали осознание своего дистресса, неприятие стрессовой ситуации и заинтересованность в ее преодолении. Однако фиксация на депрессивных симптомах как собственных недостатках и низкая самооценка значительно ограничивали потенциал «конструктивности».

На втором месте по интенсивности использования был копинг, ориентированный на решение проблем, причем статистически значимо более высоким ($p < 0,05$) он был в группе больных с низким уровнем самостигматизации ($49,0 \pm 1,5$) в сравнении с аналогичным показателем во II и III группах пациентов с депрессией ($46,0 \pm 1,3$ и $47,0 \pm 1,2$ соответственно). При данном варианте копинга использовались следующие механизмы: проблемный анализ (выбор позиций «сосредотачиваюсь на проблеме, анализирую ее», «думаю, как ее решить и что для меня самое главное в данной ситуации»), поиск путей разрешения («вспоминаю, как мною решались эти проблемы раньше», «определяю план действий», «подбираю вариант решения») и концентрация на собственных действиях («контролирую ситуацию», «стараясь собраться», «пытаюсь доказать, что я могу это сделать», «немедленно предпринимаю меры»). Доминирующими способами совладания при этой стратегии являлись интеллектуальная проработка и

анализ событий, а также когнитивные усилия, направленные на планирование действий, позволяющих сохранить самооценку и самоуважение. При этом, если больные с низким уровнем самостигмы не только обдумывали сложившуюся ситуацию, но и обнаруживали тенденцию к проблемно-решающему поведению, то по мере нарастания аутостигмы доминировала рефлексия без поведенческой активности.

Неконструктивный вариант копинга, ориентированного на избегание, был наименее интенсивно используемым, но статистически достоверно ($p < 0,05$) выше в группе депрессивных пациентов с высоким уровнем самостигмы ($41,0 \pm 2,2$ в сравнении с $38,0 \pm 1,1$ и $35,5 \pm 1,4$ в группах I и II соответственно). Поведение больных с высоким уровнем самостигматизации было дезадаптивным, псевдосовладающим и мог рассматриваться как предрасполагающий к их социальной изоляции или избеганию социальных контактов. Исходя из выбираемых пациентами вариантов ответов, эскапизм обследованных пациентов нами рассматривался как пассивное избегание с преобладанием переключения на отвлекающую деятельность и общение (больные обнаруживали склонность к искажению значимости возникающих проблем, конформность установок, нерешительность, «покорность своей судьбе», пессимистичное оценивание собственной перспективы) или активное избегание - уход от деятельности («стараясь больше есть», «бесцельно хожу», «пытаюсь заснуть»). Доминирование стратегии избегания, согласно нашим наблюдениям, способствовало формированию негативной Я-концепции с низким уровнем самосознания и самооценки, что позволяло оценивать эскапизм в качестве диагностического предиктора дезадаптивного поведения самостигматизированных депрессивных пациентов.

Самостигматизация больных с депрессией сопровождается искажением процессов переработки информации с заниженной самооценкой, изменениям в восприятии окружающих и их отношения, следствием чего является социальная дезадаптация большей или меньшей степени выраженности. Данные процессы на глубинном уровне протекают с использованием механизмов психологической защиты, что нередко приводит к нарушениям мотивационных механизмов социального функционирования.

Основными характеристиками механизмов психологической защиты являются: они действуют в подсознании, индивид не осознает, что с ним происходит, они «...отрицают, искажают, фальсифицируют действительность...» [6], действуют, в том числе, в ситуации конфликта или стресса. Целью психологической защиты является снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения и личности.

У обследованного нами контингента больных защитные механизмы выполняли не столько дезадаптивную функцию, сколько способствовали адаптации, охраняя не только самоуважение, но и помогая справляться с ситуацией депрессии, диагноза психического расстройства, госпитализации в психиатрический стационар и другими ситуациями, формирующими стигматизирующий фон в различных жизненных аспектах пациентов. В связи нами рассматривались компенсаторные защитные механизмы, компенсирующие клинические проявления депрессии и являющиеся благоприятным прогностическим критерием, способствующим формированию качественного терапевтического ответа (относительно зрелые механизмы психологической защиты – вытеснение, рационализация-интеллектуализация, замещение, компенсация-гиперкомпенсация) и декомпенсирующие, усугубляющие

симптоматику и идентифицируемые нами как неблагоприятный прогностический критерий (незрелые, примитивные защитные механизмы - отрицание, проекция и регрессия).

Анализ показателей напряженности механизмов психологической защиты у больных с депрессией в зависимости от уровня аутостигматизированности представлен в таблице 3.

Как видно из приведенной таблицы, по мере нарастания уровня самостигматизации возрастала общая напряженность механизмов психологической защиты. Так, если при низком уровне самостигмы данный показатель практически не отличался от аналогичного в группе сравнения ($21,7 \pm 1,7$ и $22,4 \pm 2,6$ соответственно), то при среднем и высоком уровне показатель ОНЗ статистически достоверно ($p < 0,05$) повышался ($33,7 \pm 4,0$ и $33,7 \pm 1,9$), что отражало нарастание внутреннего эмоционального напряжения как отражения переживания опыта самостигматизации.

У всех обследованных депрессивных больных (как основных групп, так и группы сравнения) наибольшей напряженностью характеризовался защитный механизм регрессии (при отсутствии статистически значимых различий между группами). С нашей точки зрения, это свидетельствовало о пессимистической, инфантильной жизненной позиции многих пациентов депрессией с нежеланием брать на

Таблица 3

Сравнительная характеристика напряженности защитных механизмов больных с депрессией в зависимости от уровня самостигматизации

Механизмы психологической защиты	Группа I	Группа II	Группа III	Группа сравнения
Вытеснение	$3,0 \pm 0,4$	$4,0 \pm 0,5$	$3,0 \pm 0,3$	$3,0 \pm 0,8$
Регрессия	$5,0 \pm 0,5$	$5,0 \pm 0,9$	$6,0 \pm 0,6$	$5,0 \pm 0,3$
Замещение	$2,0 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,9$	$2,0 \pm 0,5$	$3,0 \pm 0,6$
Отрицание	$1,0 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,4^{*}\#$	$2,0 \pm 0,4$
Проекция	$2,0 \pm 0,6$	$5,0 \pm 1,0^{*}\#$	$6,0 \pm 0,6^{*}\#$	$3,0 \pm 0,3$
Компенсация	$2,0 \pm 0,5$	$2,0 \pm 0,6$	$2,0 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,7$
Гиперкомпенсация	$3,0 \pm 0,5$	$4,0 \pm 0,9$	$3,0 \pm 0,5$	$3,0 \pm 0,4$
Рационализация	$3,0 \pm 0,4$	$4,0 \pm 0,7$	$5,0 \pm 0,4^{*}\#$	$3,0 \pm 0,6$
ОНЗ	$21,7 \pm 1,7$	$33,7 \pm 4,0^{*}\#$	$33,7 \pm 1,9^{*}\#$	$22,4 \pm 2,6$

Примечание: * - Различие с группой I является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,05$;
 # - Различие с группой сравнения является статистически значимым на уровне значимости $p < 0,05$;
 ОНЗ – общая напряженность защиты.

себя ответственность за собственную судьбу, склонностью использовать выученных, ставших стереотипными, стратегий беспомощности. Данные характеристики могли быть факторами, способствующими самостигматизации и принятию на себя роли больного большинством обследованных пациентов.

В группах больных со средним и высоким уровнем самостигмы статистически достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с группой I и группой сравнения более высокой была напряженность защитного механизма проекции ($5,0 \pm 1,0$ и $6,0 \pm 0,6$ соответственно). Характеризуя склонность приписывать собственные мысли и чувства окружающим, данный механизм мог обуславливать нарастание выраженности внутренних механизмов стигматизации: обвиняя окружающих в предвзятом отношении к больным с депрессией, пациенты усугубляли чувство собственной малоценности и беспомощности в сопротивлении стигматизирующим влияниям социума.

В группе больных с высоким уровнем самостигмы нарастала также напряженность примитивной защиты отрицания ($3,0 \pm 0,4$, различия с другими группами статистически значимы на уровне $p < 0,05$), что находило отражение в уходе от личностных и социальных проблем. Являясь проявлением глубинных защитных механизмов, отрицание способ-

ствовало формированию неконструктивных поведенческих стратегий, ориентированных на избегание. В то же время, статистически достоверное ($p < 0,05$) нарастание напряженности рационализации у больных данной группы свидетельствовало об их способности к рефлексии, разумному объяснению происходящих событий и собственных реакций, что могло сглаживать тенденции к эскапизму, в результате чего даже при высоком уровне самостигматизированности пациенты не были полностью социально изолированы и дезадаптированы.

Таким образом, нарастание уровня самостигматизации больных с депрессивными расстройствами характеризовалось дисбалансом адаптационных механизмов с преобладанием условно конструктивных копинг-стратегий, ориентированных на эмоции, и активации в основном примитивных форм психологической защиты. Нарастание общей напряженности механизмов психологической защиты указывает как на попытки преодоления неуспешных, но закрепившихся с течением болезни, стратегий совладания, так и на возможное искажение восприятия и когнитивной оценки ситуаций, связанных с болезнью, что, в свою очередь, может способствовать выбору неконструктивных копинг-стратегий.

Ряполова Т.Л.¹, Титухин Н.В.²

ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР;

² Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР

В статье рассматриваются вопросы психической адаптации стигматизированных больных с депрессией. Процесс совладания больных с ситуацией болезни и самостигмы рассматривается как на внешнем, поведенческом уровне в виде копинг-стратегий, направленных на преодоление проблемы (аллопсихическая адаптация), так и в виде механизмов психологической защиты (интрапсихическая адаптация).

Цель исследования - изучение влияния индивидуальных особенностей механизмов приспособления на степень самостигматизированности больных с депрессивными расстройствами.

Материал и методы исследования. Было обследовано 116 больных с аффективными расстройствами (основная группа), из них 25 чел. (21,6%) – пациенты с депрессивным эпизодом легким (F32.0) и умеренным (F32.1); 34 чел. (29,3%) – пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством, текущий эпизод легкой степени (F33.0) и текущий эпизод умеренной тяжести (F33.1); 57 чел. (49,1%) – пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3). Степень тяжести депрессивной симптоматики (шкала НАМ-D) оценивалась как легкая степень (8-13 баллов) у 39 чел. (33,6%), средняя степень тяжести (14-18 баллов) – у 77 чел. (66,4%). Обследованные пациенты в зависимости от уровня самостигматизации были разделены на группы: группа I (низкий уровень) – 14 чел. (12,07%), группа II (средний уровень) – 66 чел. (56,9%), группа III (высокий уровень) – 36 чел. (31,03%).

Группа сравнения - 30 больных с депрессией без признаков самостигматизации, сопоставимых с пациентами основной группы по клиническим, динамическим, гендерно-возрастным и другим социально-демографическим характеристикам.

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический, метод математической обработки результатов.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнение частоты использования различных видов копинг-стратегий у самостигматизированных больных с аналогичными показателями в группе сравнения обнаружило ряд закономерностей, имеющих, с нашей точки зрения, определенное прогностическое значение. Так, статистически значимо ($p < 0,05$) более частое использование когнитивных стратегий, предусматривающих использование различные вариантов решения проблем, связанных с депрессией, в группе сравнения ($60,0 \pm 0,4$), позволяет рассматривать вариант копинга, ориентированного на решение задач, как оптимальную стратегию преодоления стигматизирующих и самостигматизирующих аспектов. В то же время, эскапизм как избегающая стратегия поведения использовалась нестигматизированными депрессивными больными статистически значимо ($p < 0,5$) реже (в $6,7 \pm 0,9\%$ случаев), чем аутостигматизированными пациентами, что свидетельствует о принятии больными группы сравнения своего состояния и сопряженных с ним проблем. Данное наблюдение может быть использовано в разработке специфических психокоррекционных подходов в работе с подверженными самостигматизации депрессивными больными.

У всех обследованных депрессивных больных (как основных групп, так и группы сравнения) наибольшей напряженностью характеризовался защитный механизм регрессии (при отсутствии статистически значимых различий между группами). С нашей точки зрения, это свидетельствовало о пессимистической, инфантильной жизненной позиции многих пациентов депрессией с нежеланием брать на себя ответственность за собственную судьбу, склонностью использовать выученных, ставших стереотипными, стратегий беспомощности. Данные характеристики могли быть факторами, способствующими самостигматизации и принятии на себя роли больного большинством обследованных пациентов.

Нарастание уровня самостигматизации больных с депрессивными расстройствами характеризовалось дисбалансом адаптационных механизмов с преобладанием условно конструктивных копинг-стратегий, ориентированных на эмоции, и активации в основном примитивных форм психологической защиты. Нарастание общей напряженности механизмов психологической защиты указывает как на попытки преодоления неуспешных, но закрепившихся с течением болезни, стратегий совладания, так и на возможное искажение восприятия и когнитивной оценки ситуаций, связанных с болезнью, что, в свою очередь, может способствовать выбору неконструктивных копинг-стратегий.

Ключевые слова: депрессия, стигматизация, самостигматизация, копинг-стратегии

Ryapolova T.L.¹, Titukhin N.V.²

FEATURES OF STRATEGIES FOR OVERCOMING SELF-STIGMATIZATION IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

¹ State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR;

² Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk, DPR

The article discusses the issues of mental adaptation of stigmatized patients with depression. The process of coping patients with the situation of illness and self-stigma is considered both on the external, behavioral level in the form of coping strategies aimed at overcoming the problem (allopsychic adaptation), and in the form of psychological defense mechanisms (intrapsychic adaptation).

The purpose of the study is to study the influence of individual characteristics of adaptation mechanisms on the degree of self-stigmatization of patients with depressive disorders.

Material and research methods. 116 patients with affective disorders (main group) were examined, 25 of them. (21.6%) - patients with a depressive episode of lung (F32.0) and moderate (F32.1); 34 pax (29.3%) - patients with recurrent depressive disorder, the current mild episode (F33.0) and the current moderate episode (F33.1); 57 people (49.1%) - patients with bipolar affective disorder (BAR), the current episode of moderate or mild depression (F31.3). The severity of depressive symptoms (HAM-D

scale) was evaluated as a mild degree (8-13 points) in 39 people. (33.6%), moderate severity (14-18 points) - in 77 people. (66.4%). The examined patients, depending on the level of self-stigmatization, were divided into groups: group I (low level) - 14 people. (12.07%), group II (middle level) - 66 people. (56.9%), group III (high level) - 36 people. (31.03%).

Comparison group - 30 patients with depression without signs of self-stigmatization, comparable with patients of the main group according to clinical, dynamic, gender-age and other socio-demographic characteristics.

The study used the methods: clinical, psychopathological, psychodiagnostic, method of mathematical processing of results.

Research results and discussion. A comparison of the frequency of using different types of coping strategies in self-stigmatized patients with similar indicators in the comparison group revealed a number of patterns that, in our opinion, have a certain prognostic value. Thus, a statistically significant ($p < 0.05$) more frequent use of cognitive strategies involving the use of various solutions to problems associated with depression in the comparison group (60.0 ± 0.4) allows us to consider coping-oriented solutions as an optimal strategy for overcoming stigmatizing and self-stigmatizing aspects. At the same time, escapism as an evading behavior strategy was used by non-stigmatized depressed patients statistically significantly ($p < 0.5$) less often (in $6.7 \pm 0.9\%$ of cases) than by autostigmatized patients, which indicates that patients accept a comparison group of their condition and related problems. This observation can be used in the development of specific psychocorrective approaches in working with depressed patients self-stigmatized.

In all depressed patients examined (both the main groups and the comparison group), the protective mechanism of regression was characterized by the greatest tension (in the absence of statistically significant differences between the groups). From our point of view, this testified to the pessimistic, infantile life position of many depressed patients with an unwillingness to take responsibility for their own destiny, a tendency to use learned helplessness strategies. These characteristics could be factors contributing to self-stigmatization and assuming the role of the patient by the majority of examined patients.

The increase in the level of self-stigmatization of patients with depressive disorders was characterized by an imbalance of adaptive mechanisms with a predominance of conditionally constructive coping strategies focused on emotions and activation of mostly primitive forms of psychological defense. The increase in the general tension of psychological defense mechanisms indicates both attempts to overcome unsuccessful, but entrenched with the course of the disease, coping strategies, and possible distortion of perception and cognitive assessment of situations associated with the disease, which, in turn, may contribute to the choice of unconstructive coping strategies.

Keywords: depression, stigmatization, self-stigmatization, coping strategies

Литература

1. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., Коваленко С.Р., Соловьева М.А., Абрамов В.А., Бойченко А.А. Психическое здоровье и личностные ресурсы в экстремальных условиях жизнедеятельности: Монография. Донецк: «Каштан»; 2017. 340.
2. Ряполова Т.Л., Титухин Н.В. Особенности самосознания стигматизированных больных с депрессивными расстройствами. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 1: 28-36.
3. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Psychol. 1967; 6: 278-296.
4. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Абрамов А.В., Путятин Г.Г., Жигулина И.В. Методический комплекс для оценки стигматизирующих эффектов психиатрической помощи. Метод. рекомендации. Донецк; 2011. 24.
5. Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б. Основы клинической психологии. Донецк: ДонГУЭТ; 2008. 315.
6. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др. Индекс жизненного стиля: Методическое пособие. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; 1998.48.

References

1. Abramov V.A., Ryapolova T.L., Golodenko O.N., Kovalenko S.R., Solov'eva M.A., Abramov V.A.I., Boichenko A.A. Psikhicheskoe zdorov'e i lichnostnye resursy v ekstremal'nykh usloviyakh zhiznedeyatel'nosti: Monografiya [Mental health and personal resources in extreme living conditions: Monograph]. Donetsk: «Kashtan»; 2017. 340 (in Russian).
2. Ryapolova T.L., Titukhin N.V. Osobennosti samosoznaniya stigmatizirovannykh bol'nykh s depressivnymi rasstroistvami [Identity features of stigmatized patients with depressive disorders]. Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2020; 1: 28-36 (in Russian).
3. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Psychol. 1967; 6: 278-296.
4. Abramov V.A., Ryapolova T.L., Abramov A.V., Putyatin G.G., Zhigulina I.V. Metodicheskii kompleks dlya otsenki stigmatiziruyushchikh effektiv psikiatricheskoi pomoshchi. Metod. rekomendatsii [Methodological complex for assessing the stigmatizing effects of psychiatric care. Method. recommendations]. Donetsk; 2011. 24 (in Russian).
5. Tabachnikov A.E., Abdryakhimova Ts.B. Osnovy klinicheskoi psikhologii [The basics of clinical psychologists]. Donetsk: DonGUET; 2008. 315 (in Russian).
6. Vasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. idr. Indeks zhiznennogo stilya: Metodicheskoe posobie [Life Style Index: Methodical manual]. SPb.: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva; 1998.48 (in Russian).

Поступила в редакцию 12.02.2020

Голоденко О.Н., Альмешкина А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАХОДИВШИХСЯ В ЗОНЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА НА ДОНБАССЕ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Жители Донбасса и лица находящиеся на данной территории во время боевых действий постоянно сталкиваются с различными стрессовыми факторами. Постоянное ожидание опасности, чувство неопределенности, постоянное психологическое и физическое напряжение в быстро и неожиданно меняющейся ситуации, близость человеческого горя оказывают мощное и неоднозначное влияние на психику человека, требуют мобилизации всех его физических и психологических возможностей. Человеческое общество в подобных ситуациях нередко испытывает психику «на прочность», создаются условия для возникновения напряженности, ведущей к нарушениям регуляторных процессов [1].

Для обозначения психического состояния человека в трудных условиях пользуются различными понятиями, среди которых чаще всего встречается «стресс». Стресс в большей степени – это продукт наших когнитивных процессов, образа мысли и оценки ситуации, знания собственных ресурсов, степени обученности способам управления и стратегии поведения, их адекватному выбору. В этом заложено понимание того, почему условия возникновения и характер проявления стресса (дистресса) у одного человека не являются обязательно теми же для другого [2].

Исследование проблемы переживания психологической травмы приобретает особую значимость в связи с резким ростом в различных регионах планеты антропогенных катастроф, «горячих точек» и террористических актов. Перед специалистами стоит задача разработки программ психологической профилактики кризисных состояний и реабилитации лиц, переживших тяжелую психическую травму [3-5].

Особое внимание специалистов в области психического здоровья обращалось на тот факт, что последствия переживания экстре-

мальной психической травмы имеют тенденцию не только не исчезать со временем, но и становиться более выраженными, а также проявляться внезапно на фоне общего благополучия [6-8].

Молодые люди, так же как и взрослые подвержены влиянию экстремального психологического стресса, но, несмотря на достаточно высокую распространенность непсихотических расстройств молодого возраста, эта проблема остается недостаточно изученной. Что может объясняться как клиническими особенностями (атипия, «маскированная» характеристика депрессии), так и социально-психологическими факторами (отсутствие осознания своего болезненного состояния как психического расстройства, психологический барьер при обращении за помощью в психиатрические учреждения). Психические расстройства в молодом возрасте, в частности невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (МКБ-10, блок F40-F48), оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации [9-12].

Целью данной работы являлось изучение психического состояния молодых людей, которые были подвержены влиянию острого эмоционального стресса вооруженного конфликта на Донбассе 2014-2015 гг.

Материал и методы

Исследование проводилось в осеннем семестре 2015 года, в нем приняло участие 125 студентов 4 курса медицинских факультетов: №1 (40 человек – 32.0%), №2 (66 человек – 52.8%) и №3 (педиатрия) (19 человек – 15.2%) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

В процессе исследования все респонденты заполняли разработанную кафедрой Анкету респондента. Анкета состояла из 13 пунктов, по которым они должны были выбрать как один из предложенных ответ, так и дать подробное объяснение к выбранному ответу в некоторых пунктах. Анкета содержала в себе демографические данные, данные о влиянии боевых действий на различные аспекты здоровья, субъективной оценке своего состояния и др.

С целью изучения психического состояния респондентов находящихся в зоне боевых действий на Донбассе в 2014-2015 годах был использован симптоматический опросник SCL-90-R, адаптированный Н.В. Тарабриной в 2001 [13-16]. Данная методика была создана на основе Discomfort Skale, разработанной еще в 1954 году для оценки эффективности психотерапии. В 1977 году Л. Дерогатис и его коллеги, после апробации и валидации, опубликовали первое руководство по работе с опросником (Symptom Check List-90-Revised) SCL-90-R. В настоящее время его используют для изучения психического состояния, оценки глубины психических нарушений и терапевтической динамики. Опросник состоит из 90 утверждений, на которые испытуемый должен дать один из пяти ответов, который наиболее точно описывает степень выраженности дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели (0 баллов – Совсем нет, 1 балл – Немного, 2 балла – Умеренно, 3 балла – Сильно, 4 балла – Очень сильно). Интерпретация методики SCL-90-R позволяет оценить респондента по 9 основным шкалам симптоматических расстройств (Somatization (SOM) – соматизации, Obsessive-Compulsive (O-C) – обсессивно-компульсивности, Interpersonal Sensitivity (INT) – межличностной сензитивности, Depression (DEP) – депрессии, Anxiety (ANX) – тревожности, Hostility (HOS) – враждебности, Phobic Anxiety (PHOB) – фобической тревожности, Paranoid Ideation (PAR) – паранойяльных тенденций, Psychoticism (PSY) – психотизма) и по 3 обобщенным шкалам второго порядка (General Symptomatical Index (GSI) – общий индекс симптоматики, Positive Symptomatical Index (PSI) – индекс проявления симптоматики, Positive Distress Symptomatical Index (PDSI) – индекс выраженности дистресса). GSI является индикатором тяжести и глубины текущего состояния, PSI - отражает

степень выраженности симптомов, PDSI – дает количественную оценку выраженности дистресса и, кроме того, отражает степень достоверности полученных результатов. За нормативные значения мы принимали Российские популяционные нормы, полученные институтом психологии в рамках совместного российско-американского проекта [13].

Метод математической обработки данных предусматривал создание компьютерного банка данных 125 студента и дальнейшую статистическую обработку полученных результатов. Расчеты проводились с использованием лицензированных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT. Для количественного анализа полученных в исследовании данных использовались статистические методы и Пакет анализа табличного процессора MS Excel. Сравнение средних по параметрическому критерию t-Стьюдента и непараметрическому критерию Манна-Уитни дало одинаковые результаты.

Результаты и их обсуждение

Большая часть респондентов (118 человек – 94.4%) находилась в возрасте от 20 до 30 лет (средний возраст составил 23 ± 3 года), 5.6% (7 человек) находились в возрастном диапазоне от 31 до 45 лет (средний возраст – 37 ± 7 лет). Среди испытуемых 93 человека (74.4%) составили женщины, 32 человека (25.6%) – мужчины. По длительности пребывания в зоне боевых действий 2014-2015 гг. было выделено три подгруппы: студенты, находившиеся в зоне конфликта весь период – 69 человек (55.2%); студенты, чье пребывание в зоне конфликта составило более 6 месяцев, но менее 1 года – 40 человек (32.0%); и студенты, которые выезжали в безопасные районы на продолжительное время, и их нахождение в зоне конфликта ограничивался коротким периодом менее 6 месяцев – 16 человек (12.8%). Ухудшение физического состояния с момента начала вооруженного конфликта отмечали у себя 29 человек (23.2%), ухудшение психического состояния – отмечали 75 человек (60.0%).

Анализ результатов методики SCL-90-R указывает на существенные различия выраженности психопатологической симптоматики у молодых людей находящихся в зоне вооруженного конфликта и общей Российской популяции (табл. 1). Обращают на себя вни-

Выраженность психопатологической симптоматики по SCL-90-R у молодых людей, находившихся в зоне вооруженного конфликта 2014-2015 гг. с различным периодом длительности

№	Шкалы	РПН	Вооруженный конфликт на Донбассе 2014-2015 гг.		
			t > 12 мес. n = 69	6 мес. < t < 12 мес. n = 40	t < 6 мес. n = 16
1	SOM	0,44±0,03	0,64*±0,60	0,57*±0,51	0,79*±0,70
2	O-C	0,75±0,04	0,74±0,58	0,81±0,59	0,98*±0,64
3	INT	0,66±0,03	0,92*±0,81	0,85*±0,51	1,20*±0,66
4	DEP	0,62±0,04	0,67±0,63	0,67±0,44	0,78*±0,62
5	ANX	0,47±0,03	0,62*±0,63	0,62*±0,58	0,77*±0,60
6	HOS	0,60±0,04	0,75*±0,72	0,83*±0,69	0,92*±0,69
7	PHOB	0,18±0,02	0,28*±0,33	0,39*±0,45	0,69*±0,65
8	PAR	0,54±0,04	0,64±0,68	0,73*±0,59	0,76*±0,52
9	PSY	0,30±0,03	0,32±0,40	0,44*±0,37	0,54*±0,48
10	GSI	0,51±0,02	0,64*±0,50	0,66*±0,41	0,83*±0,52
11	PSI	21,39±2,02	34,9*±19,3	39,1*±16,8	45,6*±22,1
12	PDSI	1,17±0,05	1,49*±0,44	1,51*±0,35	1,52*±0,37

Примечание: * – различия с показателями Российской популяционной нормы (РПН) достоверны ($p \leq 0,05$).

мание данные подгруппы студентов, которые за период 2014-2015 гг. покидали кризисную зону и, в общей сложности, провели в ней менее 6 месяцев. Все показатели по основным шкалам симптоматических расстройств в данной подгруппе значительно и достоверно ($p \leq 0,05$) превышают нормативные данные, такая же тенденция наблюдается по обобщенным шкалам второго порядка. Вероятнее всего, это является следствием выраженной дезадаптации и дистресса у лиц, которые большую часть времени провели в привычной ситуации стабильности на территории без непосредственных боевых действий, что привело к преувеличению своего субъективного состояния и это подтверждается самым высоким (в сравнении с остальными подгруппами) показателем индекса выраженности дистресса (1.52 балла), который отражает значительное преувеличение имеющейся симптоматики.

В следующих подгруппах («Более 6 месяцев» и «Весь период») были выявлены различия. Так в подгруппе «Более 6 месяцев» достоверно выше ($p \leq 0,05$), по сравнению с нормативными показателями, были выражены симптомы меж-

личностной сензитивности (0.85 балла), тревожности (0.62 балла), враждебности (0.83 балла), фобии (0.39 балла), паранойяльных тенденций (0.73 балла); они характеризовались высокой степенью выраженности симптоматики (39.05 баллов) и тяжестью текущего состояния (0.66 балла). Кроме того, высокий показатель индекса выраженности дистресса, который дает количественную оценку выраженности дистресса и отражает степень достоверности полученных результатов, указывает на высокую интенсивность дистресса и наличие тенденции к преувеличению выявленной психопатологической симптоматики. Особенно высокие показатели наблюдались по шкалам: межличностной сензитивности и враждебности. Такое психическое состояние характеризуется низкой самооценкой с выраженным беспокойством в межличностном взаимодействии, что приводит к скованности, неуверенности в общении, болезненного ожидания недружелюбия с отсутствием симпатии и сочувствия со стороны окружающих. Одновременно с этим у респондентов наблюдается аффективное состояние злости с агрессией, раздражительностью и гневом.

У студентов, которые не выезжали из зоны боевых действий весь период 2014-2015 гг., достоверно выраженными были показателями по шкалам: соматизации (0.64 балла), межличностной сензитивности (0.92 балла), тревожности (0.62 балла), враждебности (0.75 балла), фобии (0.28 балла); по шкалам второго порядка: общий индекс симптоматики (0.64 балла) и индекс проявления симптоматики (34.93 балла). Однако, в сравнении с предыдущими подгруппами, эта группа отличается высоким показателем только по шкале межличностной сензитивности, что проявляется в затруднениях межличностного взаимодействия с заниженной самооценкой. Полученные результаты вероятно свидетельствуют о том, что молодые люди, оказавшиеся в непосредственной близости к боевым действиям, продолжившие обучение, несмотря на тяжелую стрессовую обстановку, и не покидавшие эту территорию, смогли мобилизовать свои личностные ресурсы, что помогло им справляться с дистрессом. Кроме того, показатель интенсивности дистресса, по сравнению с предыдущими группами, самый низкий, его различие с норой недостоверно

($p \geq 0.05$), что указывает на адекватную субъективную оценку имеющихся симптомов.

Гендерный анализ полученных результатов выявил значительные различия между группами молодых людей мужского и женского пола (табл. 2). В группе мужчин большая часть показателей находилась в пределах популяционной нормы, достоверно выше наблюдались данные по шкалам враждебности (0.74 балла) и паранойяльных тенденций (0.71 балла); выраженность и тяжесть симптоматики и дистресса не имели достоверных различий ($p \geq 0.05$). Молодые люди женского пола достоверно выше показатели имели по шкалам: соматизации (0.73 балла), межличностной сензитивности (0.99 балла), депрессии (0.75 балла), тревожности (0.70 балла), враждебности (0.82 балла), фобии (0.44 балла); они характеризовались высокой степенью выраженности симптоматики (39.70 баллов) и тяжестью текущего состояния (0.72 балла), а также достоверными данными о преувеличении имеющихся расстройств (1.51 балла) и выраженностью дистресса. Из этого следует, что молодые люди женского пола интенсивнее переживали стрессовую ситуацию боевых дей-

Таблица 2

Гендерные различия в выраженности психопатологической симптоматики по SCL-90-R у молодых людей, находившихся в зоне вооруженного конфликта 2014-2015 гг.

№	Шкалы	РПН	Вооруженный конфликт на Донбассе 2014-2015 гг.		Достоверность различий между мужчинами и женщинами
			Мужчины n=32	Женщины n=93	
1	SOM	0,44±0,03	0,38±0,36	0,73*±0,62	$p \leq 0,05$
2	O-C	0,75±0,04	0,72±0,57	0,82±0,60	-
3	INT	0,66±0,03	0,75±0,53	0,99*±0,76	$p \leq 0,05$
4	DEP	0,62±0,04	0,50*±0,46	0,75*±0,59	$p \leq 0,05$
5	ANX	0,47±0,03	0,46±0,43	0,70*±0,65	$p \leq 0,05$
6	HOS	0,60±0,04	0,74*±0,69	0,82*±0,71	-
7	PHOB	0,18±0,02	0,16±0,26	0,44*±0,47	$p \leq 0,05$
8	PAR	0,54±0,04	0,71*±0,59	0,67*±0,65	-
9	PSY	0,30±0,03	0,40*±0,34	0,38*±0,43	-
10	GSI	0,51±0,02	0,52±0,36	0,72*±0,50	$p \leq 0,05$
11	PSI	21,39±2,02	31,5*±15,6	39,7*±19,8	$p \leq 0,05$
12	PDSI	1,17±0,05	1,47*±0,32	1,51*±0,43	-

Примечание: * – различия с показателями Российской популяционной нормы (РПН) достоверны ($p \leq 0,05$).

ствий, о чем свидетельствует их субъективная оценка своего психического состояния.

Между двумя гендерными группами также были выявлены статистически достоверные различия по шкалам симптоматических расстройств: соматизации, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, фобии и степени тяжести симптоматики. Таким образом, психическое состояние молодых женщин, находившихся в зоне вооруженного конфликта, характеризовалось затруднением в межличностном взаимодействии с чувством неуверенности, скованности, низкой самооценкой на фоне отсутствия интереса к жизни, недостатком мотивации и жизненной энергии, чувством безысходности, тревоги, опасения и иррационального страха, ведущего к избегающему поведению; что сопровождается соматическим эквивалентом психоэмоционального напряжения. Психическое состояние молодых мужчин характеризовалось аффективным состоянием злости, агрессии, раздражительностью, гневом и негодованием, подозрительностью, недоверием со страхом потери независимости, автономности.

Заполняя анкету респондента, в пункте ухудшения физического состояния, молодые люди чаще всего указывали головную боль и учащенное сердцебиение. Дополнительные исследования, которые им назначали специалисты соответствующего профиля, отрицали наличие какой-либо соматической патологии. Показатели по методике SCL-90-R обращают внимание на группу студентов, которые отметили ухудшение физического состояния в кризисной ситуации, эти данные по всем психопатологическим шкалам отличались высокой достоверной разницей с популяционной нормой и интенсивностью проявлений с тенденцией к преувеличению имеющихся расстройств. Это указывает на то, что у студентов с выраженным дистрессом в ситуации экстремального стресса, были выраженными симптомы соматоформных расстройств, что подтверждается высоким индексом выраженности дистресса (1.73 балла).

Молодые люди, которые не отмечали ухудшения физического состояния, демонстрировали высокие показатели по шкалам симптоматических расстройств: межличностная сензитивность (0.90 балла) и фобии (0.35 балла) (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительный анализ выраженности психопатологической симптоматики по SCL-90-R у молодых людей, находившихся в зоне вооруженного конфликта 2014-2015 гг. по субъективной оценке физического состояния

№	Шкалы	РПН	Вооруженный конфликт на Донбассе 2014-2015 гг..		Достоверность различий между лицами с разным физическим состоянием
			Физическое состояние		
			не изменилось n=96	ухудшилось n=29	
1	SOM	0,44±0,03	0,58±0,54	0,84*±0,67	-
2	O-C	0,75±0,04	0,71±0,50	1,07*±0,78	p≤0,05
3	INT	0,66±0,03	0,90*±0,71	1,02*±0,71	-
4	DEP	0,62±0,04	0,60±0,52	0,95*±0,66	p≤0,05
5	ANX	0,47±0,03	0,59±0,59	0,80*±0,63	-
6	HOS	0,60±0,04	0,71±0,61	1,12*±0,89	p≤0,05
7	PHOB	0,18±0,02	0,35*±0,45	0,41*±0,41	-
8	PAR	0,54±0,04	0,65±0,59	0,81*±0,76	-
9	PSY	0,30±0,03	0,36±0,41	0,47*±0,39	-
10	GSI	0,51±0,02	0,60±0,43	0,92*±0,55	p≤0,05
11	PSI	21,39±2,02	36,5±19,6	38,4*±17,1	p≤0,05
12	PDSI	1,17±0,05	1,43±0,35	1,73*±0,49	p≤0,05

Примечание: * – различия с показателями Российской популяционной нормы (РПН) достоверны (p ≤ 0,05).

Из всех предложенных психоэмоциональных проявлений молодые люди чаще всего указывали желание побыть одному, беспричинное беспокойство, сложности собраться с мыслями, трудности в сосредоточение внимания на необходимой деятельности. В подгруппе студентов отметивших у себя ухудшение психического состояния все показатели по шкалам значительно превышали нормативные данные. Достоверные различия, как с популяционной нормой, так и с подгруппой студентов с неизменным психическим состоянием, были выявлено по шкалам: соматизации (0.76 балла), межличностной сензитивности (1.08 балла), депрессии (0.83 балла), тревожности (0.76 балла), враждебности (0.93 балла), фобии (0.46 балла); они характеризовались высокой степенью выраженности симптоматики (43.60 баллов) и тяжестью текущего состояния (0.79 балла), а также высоким индексом выраженности дистресса (1.55 балла), с тенденцией к преувеличению имеющихся расстройств. Особенно выраженными были симптомы межличностной сензитивности и враждебности.

У молодых людей, которые отрицали наличие у себя ухудшения психического состояния, все показатели по симптоматическим шкалам находились в пределах популяционной нормы или незначительно превышали ее (табл. 4).

Выводы

В ситуации мощного эмоционального стресса молодые люди значительно подвержены развитию непсихотических психических расстройств. Обращает на себя внимание длительность нахождения в экстремальной ситуации, чем меньше времени студенты провели в зоне боевых действий, тем сложнее им было принять возвращение из более стабильной и спокойной обстановки, им сложнее было восстанавливать межличностное общение за счет развития неуверенности, снижения самости, тревожности и враждебного отношения к окружающей действительности. Это может быть причиной снижения личностного потенциала, за счет угнетения ресурсов личности, вследствие выраженного дистресса. Молодые люди, которые весь период боевых действий

Таблица 4

Сравнительный анализ выраженности психопатологической симптоматики по SCL-90-R у молодых людей, находившихся в зоне вооруженного конфликта 2014-2015 гг. по субъективной оценке психического состояния

№	Шкалы	РПН	Вооруженный конфликт на Донбассе 2014-2015 гг..		Достоверность различий между лицами с разным психическим состоянием
			Психическое состояние		
			не изменилось n=50	ухудшилось n=75	
1	SOM	0,44±0,03	0,45±0,45	0,76*±0,63	p≤0,05
2	O-C	0,75±0,04	0,65±0,55	0,88*±0,61	p≤0,05
3	INT	0,66±0,03	0,71±0,56	1,08*±0,76	p≤0,05
4	DEP	0,62±0,04	0,46*±0,46	0,83*±0,59	p≤0,05
5	ANX	0,47±0,03	0,45±0,56	0,76*±0,61	p≤0,05
6	HOS	0,60±0,04	0,60±0,51	0,93*±0,79	p≤0,05
7	PHOB	0,18±0,02	0,22±0,37	0,46*±0,46	p≤0,05
8	PAR	0,54±0,04	0,61±0,63	0,73*±0,63	-
9	PSY	0,30±0,03	0,28±0,37	0,46*±0,41	p≤0,05
10	GSI	0,51±0,02	0,49±0,40	0,79*±0,49	p≤0,05
11	PSI	21,39±2,02	28,6*±16,1	43,6*±18,6	p≤0,05
12	PDSI	1,17±0,05	1,42*±0,36	1,55*±0,43	-

Примечание: * – различия с показателями Российской популяционной нормы (РПН) достоверны (p ≤ 0,05).

оставались в этой обстановке, были менее подвержены развитию психопатологической симптоматики, вероятно, это связано с мобилизацией их личностных ресурсов. Несмотря на это, для них также было характерно некоторое снижение в межличностном взаимодействии, что значительно влияло, как на процесс обучения, так и на социальное общение. Данные нарушения снижают самооценку и вызывают чувство отчуждения, отсутствия поддержки извне.

Были выявлены также гендерные различия. Молодые люди женского пола были более подвержены влиянию экстремальной ситуации. Для них характерно развитие нарушения в межличностном взаимодействии с чувством неуверенности, скованности, низкой самооценкой на фоне отсутствия интереса к жизни, недостатком мотивации и жизненной энергии, чувством безысходности, тревоги, опасения и иррационального страха, ведущего к избегающему поведению; что сопровождается соматическим эквивалентом психоэмоционального напряжения. В отличие от женщин молодые мужчины характеризовались аффективным состоянием злости, агрессии, раздражительностью,

гневом и негодованием, подозрительностью, недоверием со страхом потери независимости, автономности.

Ухудшение физического состояния чаще всего проявлялось соматоформными расстройствами с жалобами на головную боль и учащенное сердцебиение, на фоне выраженного дистресса и склонности к преувеличению психопатологической симптоматики.

Из проявлений ухудшения психоэмоционального состояния студенты чаще указывали желание побыть одному, беспричинное беспокойство, сложности собраться с мыслями, трудности в сосредоточении внимания на необходимой деятельности, что оказывало негативное влияние на процесс обучения и социальное функционирование.

Таким образом, данное исследование доказывает о необходимости проведения коррекционного психотерапевтического вмешательства в процесс восстановления психоэмоционального состояния молодых людей, которые были подвержены влиянию экстремального психологического стресса, с целью оптимизации, восстановления и развития ресурсов личности для повышения уровня личностного потенциала.

Голоденко О.Н., Альмешкина А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НАХОДИВШИХСЯ В ЗОНЕ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА НА ДОНБАССЕ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Целью данной работы являлось изучение психического состояния молодых людей, которые были подвержены влиянию острого эмоционального стресса вооруженного конфликта на Донбассе 2014-2015 гг.

Материал и методы: исследование проводилось в осеннем семестре 2016 года, в нем приняло участие 125 студентов 4 курса медицинских факультетов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. В процессе исследования все респонденты заполняли разработанную кафедрой Анкету респондента. С целью изучения психического состояния респондентов был использован симптоматический опросник SCL-90-R.

Результаты исследования и их обсуждение: результаты указывают на существенные различия выраженности психопатологической симптоматики у молодых людей, находящихся в зоне вооруженного конфликта с общей Российской популяцией. В ситуации мощного эмоционального стресса молодые люди значительно подвержены развитию непсихотических психических расстройств. Были выявлены достоверные различия в подгруппах с различной длительностью пребывания в зоне вооруженного конфликта и в гендерных подгруппах. Психическое состояние молодых людей чаще всего характеризовалось нарушением в межличностном взаимодействии, скованностью в общении, низкой самооценкой на фоне отсутствия интереса к жизни, недостатком мотивации и жизненной энергии, чувством безысходности, тревоги, опасения и иррационального страха, ведущего к избегающему поведению; что сопровождается соматическим эквивалентом психоэмоционального напряжения, выраженной враждебностью, тревогой, частыми соматоформными проявлениями в виде головной боли и учащенного сердцебиения. Данные психопатологические симптомы укладывались в рамки непсихотических расстройств и значительно влияли на процесс обучения и социальное функционирование. Данное исследова-

ние доказывает о необходимости проведения коррекционного психотерапевтического вмешательства в процесс восстановления психоэмоционального состояния молодых людей, которые были подвержены влиянию экстремального психологического стресса, с целью оптимизации, восстановления и развития ресурсов личности.

Ключевые слова: эмоциональный стресс, молодой возраст, непсихотические психические расстройства

Golodenko O.N., Almeshkina A.A.

STUDY OF THE MENTAL STATE OF YOUNG PERSONS IN THE ZONE OF ARMED CONFLICT IN DONBASS

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The aim of this work was to study the mental state of young people who were exposed to the acute emotional stress of the armed conflict in the Donbas in 2014-2015.

Material and methods: the study was carried out in the fall semester of 2016, 125 students of the 4th year of the medical faculties of the M. Gorky Donetsk national medical university. In the course of the research, all respondents filled out the Respondent Questionnaire developed by the department. In order to study the mental state of the respondents, the symptomatic questionnaire SCL-90-R was used.

Results of the study and their discussion: the results indicate significant differences in the severity of psychopathological symptoms in young people in the zone of armed conflict with the general Russian population.

In situations of powerful emotional stress, young people are significantly prone to the development of non-psychotic mental disorders. Significant differences were revealed in subgroups with different duration of stay in the zone of armed conflict and in gender subgroups.

The mental state of young people was most often characterized by impaired interpersonal interaction, stiffness in communication, low self-esteem against the background of a lack of interest in life, lack of motivation and vital energy, a sense of hopelessness, anxiety, fear and irrational fear leading to avoidant behavior; which is accompanied by the somatic equivalent of psycho-emotional stress, pronounced hostility, anxiety, frequent somatoform manifestations in the form of headaches and palpitations.

These psychopathological symptoms fell within the framework of non-psychotic disorders and significantly influenced the learning process and social functioning. This study proves the need for corrective psychotherapeutic intervention in the process of restoring the psycho-emotional state of young people who were exposed to extreme psychological stress, in order to optimize, restore and develop personality resources.

Keywords: emotional stress, young age, non-psychotic mental disorders

Литература

1. Голоденко О.Н. Значение и влияние функциональных личностных ресурсов на психическое здоровье в условиях хронического эмоционального стресса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 15-25.
2. Битюцкая Е.В. Когнитивное оценивание и стратегии совладания в трудных жизненных ситуациях: автореф. дис...канд. психол. наук. М.; 2007. 30.
3. Денисов А.А. Социальная реабилитация военнослужащих принимающих участие в локальных войнах. Человек и общество: поиски, проблемы, решения: материалы 1-ой Междунар. конф. 2005. 14-18.
4. Егоров Р.С. Расстройства адаптации у военнослужащих срочной службы: автореф. дис... канд. психол. наук. Оренбург; 2007. 24.
5. Идрисов К.А. Психическое здоровье населения и организация помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации (клинико-эпидемиологическое исследование на материале последствий военных действий в Чеченской республике): дис... доктора мед. наук. М.; 2010. 315.
6. Литвинцев С.В. Боевая психическая травма. М.: Медицина; 2005. 432.
7. Blinov O. Psychological rehabilitation of soldiers in combat conditions and after the fight. European Applied Sciences. 2014. №7. 36-37.

8. Психическое здоровье и личностные ресурсы в экстремальных условиях жизнедеятельности: Монография. В.А. Абрамов [и др.]. Донецк: ФЛП Кириенко С.Г.; 2017: 352.
9. Баурова Н.Н. Психологические факторы, способствующие формированию невротических расстройств у курсантов военных вузов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб.; 2010. 26.
10. Олейчик И.В. Юношеские эндогенные депрессии (клиника, основные нозологические формы, терапия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2008. 50.
11. Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Распространенность, структура и динамика предболезненных пограничных состояний у лиц подросткового и молодого возраста (обзор 1 ч.). Психическое здоровье. М.; 2010: 68-83.
12. Mazurkiewicz R., Korenstein D., Fallar R., Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. *Psychol. Health Med.* 2012; 17 (2): 188-195. DOI: 10.1080/13548506.2011.597770.
13. Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В. Психологическая диагностика в практике врача: Пособие. СПб.: СпецЛит; 2008. 143. URL: <https://med-tutorial.ru/m-lib/b/book/1605165586/31> (дата обращения: 18.01.2020).
14. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер; 2001. 272. URL: <https://www.klex.ru/8cw> (дата обращения: 18.01.2020).
15. Алейников С.В., Палкин Ю.Р., Петрова Н.Н. и др. Клинико-психологическая характеристика пациентов с кризисными расстройствами. *Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии.* Екатеринбург: УГМУ; 2014; 2: 16-22.
16. Методика: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R). Адаптация методики: Н.В. Тарабрина, Институт психологии РАН, лаборатория психологии посттравматического стресса и психотерапии. 2001. URL: <https://www.sites.google.com/site/test300m/scl> (дата обращения: 20.01.2020).

References

1. Golodenko O.N. Znachenie i vliyanie funkcional'nyh lichnostnyh resursov na psihicheskoe zdorov'e v usloviyah hronicheskogo emocional'nogo stressa [The value and influence of functional personal resources on mental health in conditions of chronic emotional stress]. *Zhurnal psikiatrii i medicinskoj psihologii.* 2019; 2 (46): 15-25.
2. Bityuckaya E.V. Kognitivnoe ocenivanie i strategii sovladaniya v trudnyh zhiznennyh situatsiyah: avtoref. dis...kand. psihol. nauk [Cognitive assessment and coping strategies in difficult life situations: Cand.psych.sci.diss.abs.]. Moscow; 2007. 30.
3. Denisov A.A. Social'naya rehabilitaciya voennosluzhashchih prinimayushchih uchastie v lokal'nyh voynah [Social rehabilitation of servicemen taking part in local wars]. *Chelovek i obshchestvo: poiski, problemy, resheniya: materialy 1-oy Mezhdunar. konf* [Man and Society: Searches, Problems, Solutions: Materials of the 1st Mezhdunar. conf.]. 2005. 14-18.
4. Egorov R.S. Rasstrojstva adaptacii u voennosluzhashchih srochnoj sluzhby: avtoref. dis...kand. psihol. nauk [Adaptation disorders in conscripts: Cand.psych.sci.diss.abs.]. Orenburg; 2007. 24.
5. Idrisov K.A. Psihicheskoe zdorov'e naseleniya i organizaiuya pomoshchi licam s nepsihoticheskimi psihicheskimi rasstrojstvami v usloviyah dlitel'noj chrezvychajnoj situacii (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie na materiale posledstvij voennyh dejstvij v Chechenskoj respublike): dis... doktora med. nauk [Mental health of the population and the organization of assistance to persons with non-psychotic mental disorders in a prolonged emergency (clinical and epidemiological study based on the consequences of hostilities in the Chechen Republic): Doc. med.sci.diss.]. Moscow; 2010. 315.
6. Litvincev S.V. Boevaya psihicheskaya travma [Combat mental trauma]. Moscow: Medicina; 2005. 432.
7. Blinov O. Psychological rehabilitation of soldiers in combat conditions and after the fight. *European Applied Sciences.* 2014. №7. 36-37.
8. Psihicheskoe zdorov'e i lichnostnye resursy v ekstremal'nyh usloviyah zhiznedeyatel'nosti: Monografiya. [Mental health and personal resources in extreme conditions of life: Monograph] V.A. Abramov [i dr.]. Donetsk: FLP Kirienko S.G.; 2017: 352.

9. Baurova N.N. Psihologicheskie faktory, sposobstvuyushchie formirovaniyu nevroticheskikh rasstrojstv u kursantov voennyh vuzov: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk [Psychological factors contributing to the formation of neurotic disorders in cadets of military universities: Cand.psych. sci.diss.abs.]. Saint Petersburg.; 2010. 26.
10. Olejchik I.V. Yunosheskie endogennye depressii (klinika, osnovnye nozologicheskie formy, terapiya): avtoref. dis. ... d-ra med. nauk [Endogenous juvenile depression (clinical picture, main nosological forms, therapy): Doc.med.sci.diss.abs.]. Moscow; 2008. 50.
11. Lebedev M.A., Palatov S.Yu. Rasprostranennost', struktura i dinamika predboleznennyh pogranichnykh sostoyanij u lic podrostkovogo i molodogo vozrasta (obzor 1 ch.) [Prevalence, structure and dynamics of pre-morbid borderline states in adolescents and young people (review 1 pt.)]. Psihicheskoe zdorov'e. Moscow; 2010: 68-83.
12. Mazurkiewicz R., Korenstein D., Fallar R., Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. Psychol. Health Med. 2012; 17 (2): 188-195. DOI: 10.1080/13548506.2011.597770.
13. D'yakonov I.F., Ovchinnikov B.V. Psihologicheskaya diagnostika v praktike vracha [Psychological diagnostics in the practice of a doctor: Manual]. Saint Petersburg: SpecLit; 2008. 143. Available at: <https://med-tutorial.ru/m-lib/b/book/1605165586/31> (accessed: 18.01.2020).
14. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint Petersburg: Piter; 2001. 272. Available at: <https://www.klex.ru/8cw> (accessed: 18.01.2020).
15. Alejnikov S.V., Palkin Yu.R., Petrova N.N. i dr. Kliniko-psihologicheskaya harakteristika pacientov s krizisnymi rasstrojstvami [Clinical and psychological characteristics of patients with crisis disorders]. Ural'skij zhurnal psihiatrii, narkologii i psihoterapii. Ekaterinburg: UGMU; 2014; 2: 16-22.
16. Metodika: Oprosnik vyrazhennosti psihopatologicheskoy simptomatiki (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) [Methodology: Questionnaire of the severity of psychopathological symptoms (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R)]. Adaptaciya metodiki: N.V. Tarabrina, Institut psihologii RAN, laboratoriya psihologii posttravmaticheskogo stressa i psihoterapii. 2001. Available at: <https://www.sites.google.com/site/test300m/scl> (accessed: 20.01.2020).

Поступила в редакцию 30.02.2020

УДК 159.9 :61-057.875]-07

Соловьева М.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЕКСИТИМИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Рост в последние годы числа заболеваний, отнесённых к психосоматическим, обуславливает актуальность определения личностных особенностей, способствующих их развитию и возможностей их коррекции. Таким образом, несмотря на многочисленные исследования, проведенные ранее, остается значимым вопрос об алекситимии, как определенного предиктора психосоматических заболеваний и ее распространенности в различных социальных группах. Наибольший интерес при этом представляет контингент молодого возраста, как наиболее психологически пластичный, что потенциально дает возможность ранней диагностики и профилактики.

Алекситимия до настоящего времени является понятием, включающим в себя несколько аспектов, что позволяет толковать ее проявления с нескольких ракурсов. Сам термин был предложен в 1973 году Питером Сифнеосом (Peter Emmanuel Sifneos), согласно ему, алекситимия (в дословном переводе: «отсутствие слова для эмоции») – «ограниченность способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче». Согласно многочисленным описаниям, личности этого плана испытывают затруднения при определении своих чувств и переживаний, их символизации и представления в виде образов, отрицают те эмоции, которые кажутся им бессмысленными или нерациональными. Вследствие этого акцент смещается на описание проблем физической сферы, разнообразных недомоганий. Важным моментом оказывается перенос акцента от чувственной сферы к действенной. Алекситимичные личности фокусируются на отслеживании и логической переработке внешних событий, предпочитают утилитарный подход к решению проблем и активны

в действии в том числе, в конфликтных и стрессовых ситуациях [1,2,3,4].

По мнению Былкиной Н.Д., такие лица «бесконечно описывают физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. Они отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Их преобладающий образ жизни - действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта» [1].

В применении к студентам медицинских университетов это создает дополнительные сложности в плане способности к восприятию чувств других людей, эмпатийного отношения к больным, отсутствия четкости в понимании возможности оказания психологической помощи не только себе, но и пациентам. Возникают «зоны напряжения» в сохранении психологического здоровья, как способности к саморефлексии, саморегуляции, способности формировать гармоничные отношения с окружающими, как в благоприятных, так и сложных ситуациях.

Согласно анализу, проведенному в своей работе Воронко Е.В. алекситимия, не обусловленная генетическими факторами, оказывающими влияние на формирование личности, «может быть обусловлена следующими психологическими причинами: пережитыми значимыми стрессогенными ситуациями, в том числе, дефицитным или патологическим взаимодействием в семье (конфликты, насилие, пьянство, развод), особенностями воспитания, обусловивших недостаточную устойчивость мотивов, недостаточную сформированность потребности в

саморегуляции, рефлексии, социокультурными и этнокультурными особенностями» [2].

Алекситимия у студентов разных учебных заведений с одной стороны достаточно широко изучена, с другой стороны остается достаточно размытым контекст тех личностных качеств, которые собственно и определяют эту психологическую черту.

По данным разных авторов, распространенность алекситимии в студенческой среде составляет от 12% до 78% [2]. Выявлена гендерная зависимость - встречаемость алекситимии у девушек выше, чем у юношей и связь с профилем будущей специальности. При этом, не прослеживается четкой взаимосвязи в отсутствии алекситимических черт при выборе профессий с более высокой значимостью объективной эмоциональной оценки себя и окружающих, и более высоким уровнем алекситимии у лиц, отдавших приоритет, аналитичным специальностям с меньшей эмоциональной включенностью. Так, «будущие психологи, дефектологи и курсанты военных училищ менее алекситимичны, нежели будущие биологи, экономисты, инженеры, психотерапевты, стоматологи» [2].

Согласно альтернативным исследованиям, алекситимия коррелирует с «высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, интроверсией, дезадаптивными копинг-стратегиями (агрессивные действия); отказом от ответственности; фиксации на неудачах и низкой стрессоустойчивостью» и дополняется исследованиями, проведенными Воронко Е.В. о наличии высокой корреляции с отсутствием навыка в управлении эмоциями, их невыразительностью, негибкостью и неразвитостью, доминированием негативных эмоций, нежеланием сблизиться с людьми на эмоциональной основе [2]. Автор видит возможную причину в «скудном запасе эмотивной лексики и отсутствии опыта номинации чувств, зависимости от мнения окружающих, отказе от ответственности, позиции лидерства», обуславливающие фрустрацию у данных личностей. По мнению Воронко Е.В., это приводит к отрицательной связи с уровнем эмпатии [2,4]. Данное описание личностных черт во многом совпадает с точкой зрения других авторов, о том, что для алекситимичных личностей характерен «незрелый» тип защиты от сверхсильных, непереносимых для них аффектов. В результате психологической травмы возникает со-

стояние глобального торможения аффектов, реакция «оцепенения» [4].

Данные результаты являются значимыми при анализе базовых черт личности студентов, избравших профессию врача, как определяющих их профессиональную успешность.

С целью дальнейшего изучения наличия возможных закономерностей в особенностях личностной организации и формировании алекситимии, нами был проведен анализ данных учебных материалов кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ДОННМУ им. М.Горького, полученных в результате выполнения студентами четвертого курса ряда психологических методик под руководством коллектива преподавателей кафедры. Были изучены результаты, полученные у 430 студентов двух лечебных и педиатрического факультетов.

При проведении исследования использовались следующие методики: Торонтская Алекситимическая Шкала ((TAS) G.J. Taylor, 1985) адаптация института им. В. М. Бехтерева), Тест - опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда «Методика изучения акцентуаций личности» (1970), методика самооценки Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина (1978), методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунге (Zung self-rating depression scale, 1965, адаптация Т. И. Балашовой, 1998).

Исследование уровня алекситимии проводилось при помощи Торонтской алекситимической шкалы, согласно которой возможное распределение результатов находится в диапазоне от 26 до 130 баллов. К алекситимичным относят испытуемых, набравших 74 и более баллов. Респондентов, набравших от 62 до 73 баллов, относят к группе риска. Набравшие менее 62 баллов являются неалекситимичными личностями.

Алекситимичный тип в процессе анализа данных был выявлен у 54 студентов, из них 43 (79,6±5,5%) девушки, 11 юношей (20,4±5,5%). Таким образом, наши сведения совпадали с данными о более высоких показателях алекситимии среди женщин, что обращает на себя в внимание некоторой парадоксальностью, поскольку более эмоциональный контингент, согласно этих данных, обладает большими затруднениями в выражении эмоций. С нашей точки зрения это обусловлено тем, что у более эмоциональных людей, с

большей эмоциональной чувствительностью и выраженностью эмоциональных реакций, преобладает компонент проживания эмоции, как комплекса психоэмоциональных реакций на внешние факторы и внутренние переживания, что не всегда отслеживается, осознается и рефлексировано. При этом каждая эмоция соответствует сложному комплексу нейрогуморальных, биохимических и нейрофизиологических изменений, приводящих к изменениям на соматическом уровне. Даже при значительной интенсивности эмоциональных переживаний, на начальном этапе в психологическом плане изменения могут быть малозаметны, и доминанту в этом комплексе берет на себя сома. Этот механизм во многом описан и определен, как создающий предпосылки для развития в дальнейшем психосоматических расстройств. По нашему мнению, в зависимости от типа преобладающих эмоций, одни психосоматические заболевания будут развиваться раньше, другие - позже, поскольку телесная представленность разных эмоций имеет разную степень выраженности и возможность к компенсации. В то же время остается открытым и нуждается в дальнейших исследованиях вопрос о изначальной быстрой соматизации эмоций вследствие их высокой интенсивности и быстрой сменяемости в ответ на усиливающееся давление со стороны внешнего мира (и прежде всего социально воздействия). Соматизированные эмоции, плохо распознаются и рефлексированы в центральном представительстве, и таким образом, при высокой эмоциональной реактивности возникает дефицит гибкости и осознанности в управлении эмоциональной сферой, что и проявляется как алекситимия.

Связь алекситимии с соматизацией эмоций косвенно подтверждается тем, что при алекситимии происходит снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета [4,5], повышение активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем, существует корреляция между выраженностью алекситимии и содержанием кортизола, адренкортикотропного гормона и норадреналина [4,6].

Достаточная распространенность среди алекситимичных личностей тех, кто имеет высокий уровень эмоционального реагирования, эмоционального проживания ситуаций, подтверждается тем фактом, что при исследовании акцентуаций характера

наиболее представленными среди данного контингента были: экзальтированный тип – у 13 человек ($24,1 \pm 5,8\%$), гипертимный тип – у 11 ($20,4 \pm 5,5\%$) человек и циклотимный тип – у 4 ($7,4 \pm 3,6\%$).

Эти показатели выше, чем у лиц с неалекситимичным типом личности, среди которых гипертимный тип был представлен у 47 человек ($18,4 \pm 2,4\%$), экзальтированный тип был представлен у 21 студента ($8,2 \pm 1,7\%$), эмотивный – у 17 студентов ($6,7 \pm 1,6\%$), циклотимный – у 15 ($5,9 \pm 1,5\%$).

В достаточно широко представленной группе из 128 человек, имеющих алекситимические тенденции (показатели по шкале TAS от 62 до 73 баллов), также большинство респондентов были женщинами (94 человека) - $73,4 \pm 3,9\%$. Наблюдалась аналогичное распределение акцентуаций личностей: экзальтированный тип был выявлен у 26 ($20,3 \pm 3,6\%$) участников, гипертимный – 10 ($7,8 \pm 2,4\%$). Отличием было лишь достаточное представительство застревающего типа акцентуации, который был выявлен у 10 ($7,8 \pm 2,4\%$) студентов.

Обращал на себя внимание также следующий факт: среди студентов алекситимичного типа личности высокие показатели личностной тревожности отмечались у 19 ($35,2 \pm 6,5\%$) обследуемых, причем, преобладающим контингентом были девушки – 17 ($31,5 \pm 6,3\%$). Показатели реактивной тревожности были при этом намного ниже – они отмечались лишь у 8 ($14,8 \pm 4,8\%$) человек (5 девушек и 2 юношей). Уровень депрессии в этой группе был повышен у 13 ($24,1 \pm 5,8\%$) студентов, причем большинство также составляли девушки – 11 человек ($20,4 \pm 5,5\%$). Это позволяет предположить, что эмоциональные реакции, в данном случае негативные, несмотря на то, что они были достаточно широко представлены, не достигали уровня сознания и проявлялись преимущественно на соматическом плане. Представляется интересным, что ни один студент из числа участвовавших в выполнении методик и получивших данные о наличии начальных проявлений эмоционального неблагополучия, самостоятельно не проявлял инициативы к дальнейшему исследованию и пониманию своего состояния. Полученные результаты воспринимались ими как некая данность. Тем более важным представляется формирование системы психолого-педагогического сопровождения об-

учения, позволяющая своевременно корректировать данные изменения и формировать у студентов медицинского университета личностные черты, позволяющие в дальнейшем правильно интерпретировать собственные чувства и переживания, и уметь объективно оценивать эмоциональные реакции других людей, в том числе, будущих пациентов.

Таким образом, исследование алекситимии у студентов медицинского университета, позволило обратить внимание на важную особенность личностного формирования обучающихся, предположить, что в дополнение к уже имеющимся данным о личностных характеристиках алекситимичных студентов, таких как: наличие низкого навыка в управлении эмоциональной сферой, преобладание негативного стиля мышления, недостаточной сформированностью

коммуникативных навыков, зависимости от мнения окружающих и сниженной способности к эмпатии [2,4] у данного контингента имеются достаточно выраженные эмоциональные реакции, в которых преобладает соматический компонент. Этот момент обязательно должен быть учтен при формировании психолого-педагогических мероприятий при работе с обучающимися. Актуальным является формирование активной исследовательской позиции студентов при выполнении психологических методик, стимуляция к развитию саморефлексии и рефлексии, активного подхода в понимании и принятии себя и других. Данные моменты будут способствовать как сохранению здоровья и качества жизни обучающихся, так и позволят им быть более успешными в их профессиональной деятельности.

Соловьева М.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛЕКСИТИМИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В статье приведены результаты анализа распространенности алекситимии и особенностей эмоциональной сферы личности у студентов медицинского университета. Согласно полученным данным, среди алекситимичных личностей высокий удельный вес лиц с акцентуациями характера, свидетельствующими о наличии выраженных эмоциональных реакций, эмоционального проживания ситуаций. Наиболее представленными среди данного контингента были: экзальтированный тип, выявленный у 13 человек ($24,1 \pm 5,8\%$), гипертимный тип – у 11 ($20,4 \pm 5,5\%$) человек и циклотимный тип – у 4 ($7,4 \pm 3,6\%$). Эти показатели были выше, чем у лиц с неалекситимичным типом личности, среди которых гипертимный тип был представлен у 47 человек ($18,4 \pm 2,4\%$), экзальтированный тип - у 21 студента ($8,2 \pm 1,7\%$), эмотивный – у 17 студентов ($6,7 \pm 1,6\%$).

Аналогичные данные были получены в группе лиц, имеющих алекситимические тенденции: наиболее представлен среди них, был экзальтированный тип - 26 ($20,3 \pm 3,6\%$) участников, гипертимный – 10 ($7,8 \pm 2,4\%$). Обращал на себя внимание, также факт повышения среди студентов алекситимичного типа личностной тревожности - 19 ($35,2 \pm 6,5\%$) обследуемых, причем, преобладающим контингентом были девушки – 17 ($31,5 \pm 6,3\%$), и депрессии - 13 ($24,1 \pm 5,8\%$) студентов.

Данные результаты, с нашей точки зрения, могут быть обусловлены тем, что у более эмоциональных людей, с большей эмоциональной чувствительностью и выраженностью эмоциональных реакций, преобладает компонент «проживания» эмоции, как комплекса психоэмоциональных реакций, что не всегда отслеживается, осознается и рефлексивируется. При этом каждая эмоция соответствует сложному комплексу нейрогуморальных, биохимических и нейрофизиологических изменений, приводящих к изменениям на соматическом уровне, что приводит к тому, что на начальном этапе доминанту в этом комплексе берет на себя сома. Этот момент обязательно должен быть учтен при формировании психолого-педагогических мероприятий при работе с обучающимися. Актуальным является формирование активной исследовательской позиции студентов при выполнении психологических методик, стимуляция к развитию саморефлексии и рефлексии, активного подхода в понимании и принятии себя и других. Данные моменты будут способствовать как сохранению здоровья и качества жизни обучающихся, так и позволят им быть более успешными в их профессиональной деятельности.

Ключевые слова: студенты медицинского университета, алекситимия

STUDY OF ALEXITHYMIA LEVEL AT STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article presents the results of the analysis of the prevalence of alexithymia and the characteristics of the emotional sphere of personality among students of a medical university. According to the data obtained, among alexithymic personalities, a high proportion of persons with character accentuations, indicating the presence of pronounced emotional reactions, emotional living of situations. The most represented among this contingent were: exalted type - in 13 people ($24.1 \pm 5.8\%$), hyperthymic type - in 11 ($20.4 \pm 5.5\%$) people and cyclothymic type - in 4 ($7.4 \pm 3.6\%$). These indicators were higher than in persons with a non-alexithymic personality type, among whom the hyperthymic type was presented in 47 people ($18.4 \pm 2.4\%$), the exalted type - in 21 students ($8.2 \pm 1.7\%$), emotive - in 17 students ($6.7 \pm 1.6\%$).

Similar data were obtained in the group of persons with alexithymic tendencies: the most represented was the exalted type - 26 ($20.3 \pm 3.6\%$) participants, the hyperthymic - 10 ($7.8 \pm 2.4\%$). Attention was also drawn to the following fact of an increase among students of alexithymic type of personal anxiety - 19 ($35.2 \pm 6.5\%$) surveyed, moreover, the predominant contingent were girls - 17 ($31.5 \pm 6.3\%$), and depression - 13 ($24.1 \pm 5.8\%$) students.

These results, from our point of view, may be due to the fact that in more emotional people, with greater emotional sensitivity and severity of emotional reactions, the component of “living” emotion, as a complex of psychoemotional reactions, prevails, which is not always monitored, recognized and reflected. Moreover, each emotion corresponds to a complex of neurohumoral, biochemical and neurophysiological changes leading to changes at the somatic level, which leads to the fact that at the initial stage the dominant in this complex is assumed by the soma. This moment must be taken into account in the formation of psychological and pedagogical measures when working with students. The formation of an active research position of students in the implementation of psychological techniques, stimulation to the development of self-reflection and reflection, an active approach in understanding and accepting oneself and others is urgent. These moments will contribute to both the preservation of the health and quality of life of students, and will allow them to be more successful in their professional activities.

Keywords: medical university students, alexithymia

Литература

1. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований). Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1995; 1: 43-53.
2. Воронко Е.В. Минимизация вторичной алекситимии студентов в образовательном процессе учреждений высшего медицинского образования: автореф. дис. ... канд.псих.наук. Минск; 2018. 27.
3. Гаранян Н. Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии. Журнал социальной и клинической психиатрии. 2003; 1: 128—145.
4. Искусных А.Ю. Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. статей по материалам LIII междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск: СибАК. 2015; 6 (52): 59–68.
5. Henry J.P., Naviland M.G., Cummings M.A. et al. Shared neuroendo-crine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia. Psychosom. Med. 1992; 54 (4): 407—415.
6. Todarello O., Casamassima A., Marinaccio M. et al. Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: a pilot study. Psychother. Psychosom. 1994; 61 (3—4): 199—204.

References

1. Bylkina N.D. Aleksitimiya (analiticheskij obzor zarubezhnyh issledovanij) [Alexithymia (analytical review of foreign studies)]. Vestnik Moskovskogo un-ta. Ser. 14. Psihologiya. 1995; 1: 43-53 (in Russian).

2. Voronko E.V. Minimizaciya vtorichnoj aleksitimii studentov v obrazovatelnom processe uchrezhdenij vysshego medicinskogo obrazovaniya: avtoref. dis. ... kand.psih.nauk [Minimization of secondary alexithymia of students in the educational process of institutions of higher medical education: Cand. psych.sci.diss.abs.]. Minsk; 2018. 27 (in Russian).
3. Garanyan N. G., Holmogorova A.B. Konceptiya aleksitimii [The concept of alexithymia]. Zhurnal socialnoj i klinicheskoj psichiatrii. 2003; 1: 128—145 (in Russian).
4. Iskusnyh A.Yu. Aleksitimiya. Prichiny i riski vozniknoveniya rasstrojstva [Causes and risks of the disorder]. Lichnost, semya i obshestvo: voprosy pedagogiki i psihologii: sb. statej po materialam LIII mezhdunar. nauch.-prakt. konf [Personality, family and society: questions of pedagogy and psychology: collection of articles. articles on the materials of the LIII Intern. scientific-practical conf.]. Novosibirsk: SibAK. 2015; 6 (52): 59–68 (in Russian).
5. Henry J.P., Haviland M.G., Cummings M.A. et al. Shared neuroendo-crine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia. Psychosom. Med. 1992; 54 (4): 407—415.
6. Todarello O., Casamassima A., Marinaccio M. et al. Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: a pilot study. Psychother. Psychosom. 1994; 61 (3—4): 199—204.

Поступила в редакцию 24.02.2020

УДК 616.895.8+615.851

Бойченко А.А.

ТЕХНИКИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

В рамках современных эмпирических моделей развития шизофрении принято выделять разнообразные хронические изменения личности, причиной которых может являться факт переживания последствий тяжелой психической болезни, психиатрического диагноза, госпитализации в психиатрический стационар, реакции и предубеждений социального окружения. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этой группы больных является отражением фактического формирования у них синдрома виктимизации, т.е. превращения их в жертв неблагоприятных условий социализации [1, 2].

Психические операции у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, часто значительно отличаются от таковых у больных с невротическими расстройствами. Соответственно, классические методы психотерапии, ориентированные на пограничный контингент, должны быть модифицированы. Например, вербальное отображение внутренних переживаний у людей, перенесших психотический эпизод, зачастую бывает настолько своеобразным, что использование стандартных разговорных техник может быть весьма затруднено.

Для обеспечения успешности процесса ресоциализации данной категории больных наиболее рациональным представляется использование психообразовательного психотерапевтического подхода. Психообразовательный подход, являясь одним из видов групповых методов работы, относится к так называемому обучающему типу, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга. Психообразование ориентировано на работу с содержанием,

что включает перечень определенных проблем, обсуждаемых в группе. Участникам предоставляется информация по конкретным вопросам (например, клинические проявления психического расстройства) с одновременным осуществлением мониторинга состояния пациентов, исследованием их позиции в отношении факта болезни. Занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне функционирования; помогают пациенту лучше понимать характер и особенности психического расстройства и то, как оно влияет на личность больного и членов его семьи; способствуют распознаванию жизненных стрессоров, которые могут запустить обострение; помогают надлежащим образом изменить семейное функционирование в период ухудшения состояния пациента [3].

Таким образом, долгосрочной целью разработанной нами психообразовательной терапии является уменьшение интенсивности виктимизационных проявлений и улучшение психосоциальной адаптации больных. Однако эта цель вряд ли будет достигнута, если пациенты не смогут в полной мере вербализовать свои переживания. Поэтому нами предлагается в рамках основных психотерапевтических техник психообразовательного процесса использовать техники когнитивно-поведенческой психотерапии.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) – это форма психотерапии, объединяющая в себе техники когнитивной и поведенческой терапии. Она ориентирована на конкретную проблему и нацелена на результат. На консультациях терапевт помогает пациенту изменить свое отношение, сформировавшееся в результате неправильного процесса обучения, развития и познания себя как личности к происходящим событиям.

Основная задача КПТ в рамках программы девикутимизации – найти у пациента автоматические мысли «когниции» (которые травмируют его психику и приводят к снижению качества жизни) и направить усилия на их замещение более положительными, жизнеутверждающими и конструктивными. Задача, стоящая перед терапевтом – определить эти негативные когниции, так как сам человек относится к ним как к «обычным» и «само собой разумеющимся» мыслям и от того принимает их как «должные» и «верные».

КПТ в рамках программы девикутимизации может применяться как индивидуальная форма консультации, так и в семейной и групповой терапии.

Мероприятия в программе девикутимизации – это равноправный взаимно заинтересованный диалог между когнитивным терапевтом и пациентом, где оба принимают самое активное участие. Терапевт задает такие вопросы, отвечая на которые пациент сможет понять значение своих негативных виктимогенных убеждений и осознать дальнейшие их эмоциональные и поведенческие последствия, а после этого самостоятельно принять решение поддерживаться ли ему их дальше или модифицировать.

Когнитивный психотерапевт «вытаскивает на свет» глубоко спрятанные виктимогенные убеждения человека, экспериментально выявляет искаженные убеждения или фобии и проверяет их на рационализм и адекватность. Терапевт не заставляет пациента принять «правильную» точку зрения, прислушаться к «мудрым» советам, и он не находит «единственно верное» решение проблемы. Он шаг за шагом задавая необходимые вопросы извлекает полезную информацию о природе этих разрушающих когниций и позволяет пациенту самостоятельно сделать умозаключения.

Главная концепция КПТ в программе девикутимизации – научить человека самостоятельно исправлять свою ошибочную переработку информации и находить верный путь к разрешению собственных психологических проблем.

Цели когнитивно-поведенческой психотерапии:

Цель 1. Добиться того, чтобы пациент изменил отношение к самому себе и перестал думать, что он «никчемный» и «беспомощный», стал относиться к себе как к человеку, склонному делать ошибки (как и все остальные люди) и исправлять их.

Цель 2. Научить пациента контролировать свои негативные автоматические мысли.

Цель 3. Научить пациента самостоятельно находить связь между когнициями и дальнейшим своим поведением.

Цель 4. Чтобы в дальнейшем человек самостоятельно смог анализировать и правильно перерабатывать появившуюся информацию.

Цель 5. Человек в процессе терапии учится самостоятельно принимать решение о замене дисфункциональных разрушительных автоматических мыслей на реалистические жизнеутверждающие.

В рамках программы девикутимизации использовались три основные стратегии когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие, благодаря которым КПТ показывает достаточно высокую эффективность и дает прекрасные результаты в разрешении психологических проблем. Кроме того, полученные знания надолго закрепляются у человека и помогают ему в дальнейшем справляться со своими проблемами уже без помощи специалиста.

Стратегия 1. Эмпиризм сотрудничества. Эмпиризм сотрудничества – это партнерский процесс между пациентом и терапевтом, в результате которого выявляются автоматические мысли пациента, и они либо подкрепляются, либо опровергаются при помощи различных гипотез. Смысл эмпирического сотрудничества заключается в следующем: выдвигаются гипотезы, рассматриваются различные доказательства полезности и адекватности когниций, проводится логический анализ и делаются умозаключения, на основе которых отыскиваются альтернативные мысли.

Стратегия 2. Сократовский диалог. Сократовский диалог – это беседа в виде вопросов-ответов, которые позволяют:

- выявить проблему;
- найти логическое объяснение мыслям и образам;
- понять значение происходящих событий и как их воспринимает пациент;

- поставить оценку событиям, которые под-
держивают когниции;

- оценить поведение пациента.

Все эти умозаключения пациент должен сделать сам отвечая на вопросы психолога. Вопросы не должны быть целенаправленными на определенный ответ, они не должны подталкивать или подводить пациента к какому-то конкретному решению. Вопросы должны быть поставлены так, чтобы человек открылся и не прибегая к защите смог увидеть всё объективно.

Стратегия 3. Направляемое открытие. Суть направляемого открытия сводится к следующему: при помощи когнитивных техник и поведенческих экспериментов психолог помогает пациенту прояснить проблемное поведение, найти логические ошибки и выработать новый опыт. У пациента развивается способность правильно перерабатывать информацию, адаптивно мыслить и адекватно реагировать на происходящее. Таким образом, после консультации пациент справляется с проблемами самостоятельно.

Техники когнитивной терапии

Техники когнитивной терапии в рамках программы девиктимизации использовались для того, чтобы выявить у пациента негативные автоматические мысли и обнаружить поведенческие ошибки (шаг 1), скорректировать когниции, заменить их на рациональные и полностью реконструировать поведение (шаг 2).

Шаг 1. Выявление автоматических мыслей. Автоматические мысли (когниции) – это мысли, которые формируются в течении жизни человека, на основе его деятельности и жизненного опыта. Они появляются спонтанно и заставляют человека в данной ситуации поступать именно так, а не иначе. Автоматические мысли воспринимаются как правдоподобные и единственно верные.

Негативные разрушающие когниции – это мысли, которые постоянно «вертятся в голове», не дают адекватно реагировать на происходящее, изматывают эмоционально, доставляя физический дискомфорт, разрушают жизнь человека и выбивают его из социума (были выявлены у 87% пациентов, участвовавших в программе девиктимизации).

Для выявления (идентификации) когниций применялась когнитивная техника «Заполнение пустоты». Терапевт разделял прошедшее событие, вызвавшее негативное переживание на следующие пункты:

А – событие;

В – неосознанные автоматические мысли «пустота»;

С – неадекватная реакция дальнейшее поведение.

Суть данного метода состоит в том, что при помощи психолога пациент заполняет между произошедшим событием и неадекватной на него реакцией «пустоту», которую не может сам себе объяснить и которая становится «мостиком» между пунктами А и С.

Таким образом, после конструктивного диалога-расспроса терапевт мог выявить у пациента негативные когниции (31 больной – 38 %), оценить нелогическую последовательность, противоречия (37 больной - 46 %) и другие ошибочные мысли виктимизированного пациента.

Шаг 2. Коррекция автоматических мыслей. Самыми эффективными когнитивными техниками по коррекции автоматических мыслей являются: «Декатастрофизация», «Переформулирование», «Децентрализация» и «Реатрибуция».

Техника 1. Декатастрофизация. Достаточно часто больные параноидной шизофренией опасаются выглядеть нелепыми и смешными в глазах своих друзей, сослуживцев, одноклассников, сокурсников, испытывая на себе разрушительность виктимогенно-стигматизирующего воздействия. Однако существующая проблема «выглядеть нелепым» идет дальше и распространяется на незнакомых людей (41 больной – 48 %), т.е. человек боится быть высмеянным продавцами, попутчиками в автобусе, мимо идущими прохожими. Постоянный страх заставляет человека сторониться людей, подолгу запирается в комнате. Такие люди выбиваются из социума и становятся нелюдими одиночками, чтобы негативная критика не нанесла ущерб его личности.

Суть техники декатастрофизации заключалась в то, чтобы показать виктимизированному пациенту, что его логические умозаключения неверны. Терапевт, получив на свой первый вопрос ответ от пациента, следующий задает в форме «А что, если...». Отвечая на следующие подобные вопросы, пациент осознает нелепость своих когниций и видит реальные фактические события и последствия (27 больных - 32 %). Пациент становится подготовленным к возможным «плохим и неприятным» последствиям, но уже переживает их не так критично.

Техника 2. Переформулирование. Перефор-

мулирование использовалось в тех случаях, когда пациент был уверен, что проблема не поддается его контролю. Терапевт помогал переформулировать негативные автоматические мысли в максимально конкретной и четко обозначенной с точки зрения дальнейшего поведения больного форме.

Техника 3. Децентрализация. Децентрализация – это техника, позволяющая освободить пациента от уверенности, что он является центром событий, происходящих вокруг (21 больной – 26 %). Эта когнитивная техника использовалась при ощущении тревоги, когда у больного дополнительно искажалось мышление и он бы склонен персонифицировать даже то, что не имеет к нему никакого отношения.

Техника 4. Реатрибуция. Реатрибуция применялась в том случае, если:

- пациент винил себя «во всех несчастьях» и неудачных событиях, которые происходят. Он отождествлял себя с несчастьем и был уверен, что именно он являлся «источником всех бед» (17 больных - 21,5 %). Такое явление называется «Персонализацией» и оно никак не связано с реальными фактами и доказательствами, пациент говорит сам себе: «Я причина всех несчастий и всё, что тут можно еще думать?»;

- если пациент был уверен, что источником всех бед становится какой-то один конкретный человек, и если бы не «он», то все бы было хорошо, а так как «он» рядом, то ничего хорошего не жди (30 больных – 36 %);

- если виктимизированный пациент был уверен, что в основе его несчастий лежит какой-то единственный фактор (несчастливое число, день недели, весна, одета не та футболка и т.п.) (32 больных – 37,5 %).

После того, как в результате психотерапевтической работы были выявлены негативные автоматические мысли, проводилась усиленная проверка на их адекватность и реальность. В большинстве случаев пациент самостоятельно приходил к выводу, что все его мысли ни что иное как «ложные» и «ничем не подкрепленные» убеждения (50 больных – 54,5 %).

Таким образом, работа с виктимизированными больными параноидной шизофренией даже в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии является долгим и сложным процессом. Но результатом плодотворной работы может стать установление глубоких интерперсональных отношений с пациентами. В качестве подтверждения эффективности описанных техник в структуре программы девиктимизации больных параноидной шизофренией могут рассматриваться уменьшение выраженности негативных симптомов, уменьшение уровня виктимизации, улучшение качества жизни ряда пациентов, которые возобновили работу и/или учебу. Путь девиктимизации пациентов, страдающих параноидной шизофренией, сложен и полон преград, но зачастую, при должном усилии, прохождение по нему пациента в сопровождении психотерапевта может быть вознаграждено.

Бойченко А.А.

ТЕХНИКИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ДЕВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, ДНР

В статье описывается, как должны быть использованы стандартные методы когнитивно-поведенческой психотерапии, модифицированные для удовлетворения особых потребностей виктимизированных пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения». Пациенты, страдающие параноидной шизофренией, часто теряют способность к вербализации своих внутренних переживаний. В результате, традиционные формы психотерапии, которые сильно зависят от использования устной речи, остаются неэффективными. Для обеспечения эффективности девиктимизационной программы в начале работы требуется помочь пациенту восстановить его способность использовать язык, чтобы описать свои внутренние переживания. В результате представленного комплекса мероприятий в работе с виктимизированным пациентом можно будет использовать более традиционные формы психотерапевтического лечения.

Ключевые слова: шизофрения, виктимизация, психотерапия, девиктимизация

Boychenko A.A.

TECHNIQUES OF COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY WITHIN THE PROGRAM OF DEVICTIMIZATION OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article describes how standard cognitive-behavioral psychotherapy methods should be used, modified to meet the special needs of victimized patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia. Patients with paranoid schizophrenia often lose the ability to verbalize their inner experiences. As a result, traditional forms of psychotherapy, which are highly dependent on the use of oral speech, remain ineffective. To ensure the effectiveness of the devictimization program at the beginning of the work, it is required to help the patient restore his ability to use the language to describe his inner experiences. As a result of the presented set of measures, in working with the victimized patient it will be possible to use more traditional forms of psychotherapeutic treatment.

Keywords: schizophrenia, victimization, psychotherapy, devictimization

Литература

1. Бойченко А.А. Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2016; №2 (36): 62 – 72.
2. Абрамов В.А. и др. Шизофрения, стигма, Я: Монография. Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А.; 2016: 436.
3. Бойченко А.А. Программа девиктимизации лиц, страдающих параноидной шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; №1 (45): 49 – 54.
4. Абрамов В.А., Абрамов А.В., Бойченко А.А. Социально-психологическая характеристика виктимогенно-стигматизированной личности больных шизофренией. Актуальные проблемы психиатрии и психотерапии: материалы научно-практической конференции с международным участием. Тула; 2016: 10 - 14.
5. Абрамов В.А., Бойченко А.А. Особенности определения уровня виктимности у больных шизофренией. Здоровье человека как предмет комплексного междисциплинарного исследования: материалы международной научно-практической конференции. Луганск; 2017: 5 - 6.
6. Бойченко А.А. Роль семьи в формировании виктимности больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017; 1 (37): 76 - 81.
7. Бойченко А.А. Экзистенциальная исполненность как внутренний фактор виктимизации больных. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2017; 2 (38): 30 - 35.
8. Бойченко А.А. Качество жизни больных шизофренией как индикатор виктимогенности госпитальных форм оказания психиатрической помощи. Научно-практический журнал «Университетская клиника». 2017; 3 (24): 25 – 29.
9. Бойченко А.А. Дисфункциональность смысло-жизненной исполненности как фактор внутренней виктимизации больных шизофренией и способы ее коррекции. Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора Руслана Яковлевича Вовина (90-летию со дня рождения). 17-18 мая 2018. Санкт-Петербург; 2018: 41 - 43.
10. Бойченко А.А. Нарушения субъективации больных шизофренией как результат виктимогенного процесса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2018; 1 (41): 52 – 59.
11. Lotterman A.C. Psychotherapy Techniques for Patients Diagnosed with Schizophrenia. The American Journal of Psychotherapy. 2016; 70 (1): 63-78. URL: https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed& (дата обращения: 10.04.2019).
12. Searles H. Countertransference and related subjects. New York: International Universities Press; 1979.
13. Searles H. Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Press. New York; 1965.
14. Goldstein K. Methodological approach to the study of schizophrenic thought disorder. In: J. Kasanin (Ed.), Language, Thought and Schizophrenia. New York: W.W. Norton; 1944: 17 – 39.

References

1. Boichenko A.A. Metodologicheskie podkhody k otsenke mekhanizmov viktimizatsii bol'nykh shizofreniei [Methodological approaches to assess the mechanisms of victimization of patients with schizophrenia]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2016; №2 (36): 62 – 72.
2. Abramov V.A. i dr. Shizofreniya, stigma, Ya: Monografiya [Schizophrenia, stigma, I: Monograph]. Donetsk: FLP Chernetskaya N.A.; 2016: 436.
3. Boichenko A.A. Programma deviktimizatsii lits, stradayushchikh paranoidnoi shizofreniei [Devictimization program for people with paranoid schizophrenia]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019; №1 (45): 49 – 54.
4. Abramov V.A., Abramov A.V., Boichenko A.A. Sotsial'no-psikhologicheskaya kharakteristika viktimogenno-stigmatizirovannoi lichnosti bol'nykh shizofreniei [Socio-psychological characteristics of the victimogenic-stigmatized personality of patients with schizophrenia]. Aktual'nye problemy psikhatrii i psikhoterapii: materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Tula; 2016: 10 - 14.
5. Abramov V.A., Boichenko A.A. Osobennosti opredeleniya urovnya viktimnosti u bol'nykh shizofreniei [Features of determining the level of victimization in patients with schizophrenia]. Zdorov'e cheloveka kak predmet kompleksnogo mezhdistsiplinarnogo issledovaniya: materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. Lugansk; 2017: 5 - 6.
6. Boichenko A.A. Rol' sem'i v formirovanii viktimnosti bol'nykh shizofreniei [The role of the family in the formation of victimization of patients with schizophrenia]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2017; 1 (37): 76 - 81.
7. Boichenko A.A. Ekzistentsial'naya ispolnennost' kak vnutrennij faktor viktimizatsii bol'nykh [Existential performance as an internal factor in victimization of patients]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2017; 2 (38): 30 - 35.
8. Boichenko A.A. Kachestvo zhizni bol'nykh shizofreniei kak indikator viktimogennosti gosital'nykh form okazaniya psikhiatricheskoi pomoshchi [The quality of life of patients with schizophrenia as an indicator of the victimogenicity of hospital forms of psychiatric care]. Nauchno-prakticheskii zhurnal «Universitetskaya klinika». 2017; 3 (24): 25 – 29.
9. Boichenko A.A. Disfunktsional'nost' smyslo-zhiznennoi ispolnennosti kak faktor vnutrennei viktimizatsii bol'nykh shizofreniei i sposoby ee korrektsii [Dysfunctionality of sense-life fulfillment as a factor of internal victimization of schizophrenia patients and methods for its correction]. Klinicheskaya psikhiatriya 21 veka: integratsiya innovatsii i traditsii dlya diagnostiki i optimizatsii terapii psikhicheskikh rasstrojstv: materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennoi pamyati professora Ruslana Yakovlevicha Vovina (90-letiyu so dnya rozhdeniya) [Clinical Psychiatry of the 21st Century: Integration of Innovations and Traditions for Diagnosing and Optimizing the Treatment of Mental Disorders: Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation in Commemoration of Professor Ruslan Yakovlevich Vovin (90th Birthday)]. 17-18 maya 2018. St.Petersburg; 2018: 41 - 43.
10. Boichenko A.A. Narusheniya sub'ektivatsii bol'nykh shizofreniei kak rezul'tat viktimogenno go protsessa [Disorders of subjectivation of patients with schizophrenia as a result of the victimogenic process]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2018; 1 (41): 52 – 59.
11. Lotterman A.C. Psychotherapy Techniques for Patients Diagnosed with Schizophrenia. The American Journal of Psychotherapy. 2016; 70 (1): 63-78. URL: https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.psychotherapy.2016.70.1.63?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed& (data obrashcheniya: 10.04.2019).
12. Searles H. Countertransference and related subjects. New York: International Universities Press; 1979.
13. Searles H. Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. International Universities Press. New York; 1965.
14. Segal H. Notes on symbol formation. International Journal of Psychoanalysis. 1957; 38: 391-397.

Поступила в редакцию 02.03.2020

УДК 616.89: 159.923

Мельниченко В.В.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Проблема дезорганизации личности, как указывалось в ряде научных работ ранее [1-4], до настоящего момента остается достаточно новой и перспективной. Это связано не только со специфической необходимостью выделения данной категории на основании клинического опыта, естественного наблюдения и мониторинга, но и с возможными перспективами локально использовать имманентные личностно-ориентированных методы терапии для улучшения показателей качества жизни [5] и социального функционирования [6] пациентов. Традиционная психиатрическая практика без учета индивидуальных социальных и личностных особенностей больных делает невозможным оказание качественной психиатрической помощи и повышает риски рецидива психического расстройства [7].

Так как в последние десятилетия наблюдаются характерные изменения психопатологической симптоматики различной нозологии в сторону увеличения числа прогностически неблагоприятных мультиструктурных вариантов синдрома кинеза, психофармакологические способы лечения исчерпывают себя. Эти обстоятельства продиктовали необходимость глубокого поиска причинно-следственных связей и зависимостей между личностью и психическим расстройством, уточнения возможных нарушений, возникающих в результате взаимодействия названных категорий.

В соответствии с целью настоящей работы было проведено сравнительное клинико-психопатологическое исследование больных с различным уровнем дезорганизации личности, включавшее описание этих уровней и связанные с ними психические расстройства, а также оценку выраженности психопатологических симптомов в зависимости от структурных особенностей каждой дезорганизации личности.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка на период 2018 - 2020 гг. исследовались клинико-психопатологические характеристики 130 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, с установленными диагнозами: «параноидная шизофрения» (30 чел. – 23,0%), «острые транзиторные психотические расстройства» (35 чел. – 27,0%), «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» (35 чел. – 27,0%), «генерализованное тревожное расстройство» (30 чел. – 23,0%). Среди всех обследуемых пациентов 60 чел. (46,0%) – мужчины, 70 чел. (54,0%) – женщины.

В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного интервью по О. Кернбергу:

- группа 1 – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности – 52 чел. (35,4 %);
- группа 2 – респонденты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 34 чел. (26,1 %);
- группа 3 – респонденты с психотическим уровнем дезорганизации личности – 44 чел. (38,5 %).

Для диагностики выраженности психопатологической симптоматики использовалась шкала позитивных и негативных симптомов SCI-PANSS (Structured Clinical Interview – Positive and Negative Syndrome Scale). Структурированное интервью PANSS проводилось после сбора анамнеза, клинической беседы и проведения трех фаз структурного интервью по О. Кернбергу. Методика SCI-PANSS включает в себя целевые блоки: позитивные (7 шкал), негативные (7 шкал), общие психопатологические симптомы (16 шкал). Каждая шкала оценивается от 1 до 7 баллов, где 1 – отсутствие симптома, 2 – минимальная степень,

3 – легкая, 4 – умеренная, 5 – выраженная, 6 – значительно выраженная, 7 – крайняя степень выраженности.

Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA. При проведении сравнения использовался метод ANOVA (в случае нормального закона распределения) либо непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса (в случае отличия распределения от нормального).

Результаты исследования и их обсуждение

В первую группу исследования (невротическая дезорганизация личности) вошли пациенты с верифицированными диагнозами: «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» (28 чел.), «генерализованное тревожное расстройство» (24 чел.). Психическое состояние в 30% случаев от общего количества представителей группы характеризовалось невыраженными субдепрессивными нарушениями в сочетании с сомато-вегетативными и астеническими расстройствами. В 40% эпизодов психический дискомфорт проявлялся невротоподобной симптоматикой в виде астено-ипохондрических, дереализационно-деперсонализационных симптомах. В 10% случаев встречались выраженные эпизоды необъяснимой тревоги, беспокойства, присутствием чувства надвигающейся беды. Также у остальных 20% респондентов были выявлены симптомы в виде ограничения контактов с близкими, спонтанные неадекватные эмоциональные реакции.

Клинико-психологические особенности во второй группе (пограничной дезорганизации личности) отличались значительным полиморфизмом. У 15 пациентов (44%) были развернутые аффективный и галлюцинаторный синдромы, навязчивые состояния. Субдепрессивный аффект по структуре преимущественно состоял из преобладания: 1. тревоги; 2. ипохондрических идей; 3. астено-апатического компонента. Среди галлюцинаторных переживаний преобладали вербальные, а у 2 пациентов – зрительные галлюцинации. Также часто изменение психического состояния сопровождалось вегетативными нарушениями (53%), которые выражались в жалобах на головные боли, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную утомляемость. Отметим, что отчетливой бредовой фабулы и/или активного бредообразования в этой группе обнаружено не было.

В третьей группе исследования (психотическая дезорганизация личности) отмечалась клинико-психологическая гетерогенность, так как в эту группу были распределены пациенты с параноидной шизофренией (длительностью заболевания менее 5 лет, 24 чел.) и острыми транзиторными психотическими расстройствами (20 чел.). Основанием для объединения можно назвать присутствие в той или иной мере таких симптомов как: ослабление эмоциональных реакций, снижение интереса к окружающим, падение общей активности, сужение потребности в общении, погружение в мир собственных переживаний. У 20% пациентов от общего числа по группе в инициальном периоде психотического расстройства развивались дереализационно-деперсонализационные, сенесто-ипохондрические, обсессивно-компульсивные нарушения. У пациентов с параноидной шизофренией манифестная клиническая картина была представлена бредовыми расстройствами с развитием интерпретативных, систематизированных бредовых идей с различной фабулой: идей отношения (65%), реформаторства (10%), греховности (10%). У 10 пациентов были выявлены галлюцинаторно-параноидные нарушения с преобладанием вербальных галлюцинаций и несистематизированных бредовых идей персекуторного характера. У 5 пациентов встречались бредовые идеи воздействия, еще у 3 человек – экспансивный бред.

В классе пациентов с острыми транзиторными психотическими расстройствами отмечалась невыраженная дезорганизация процессов мышления, дефицит экспрессии эмоций, нарушения ролевого поведения с отсутствием чувства границ и дистанции, странности в поведении и облике, неопрятность, пренебрежение социальными нормами. У 12 пациентов выявлены рудиментарные позитивные психические расстройства (аффективные, диссоциативно-конверсионные, астенические, неоформленные бредовые идеи отношения, транзиторные нарушения восприятия). Еще у 5 пациентов встречался галлюцинаторно-параноидный синдром с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций, бредовых идей преследования, отношения.

Отдельное место в третьей группе исследования занимает синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо, который либо в полной (37,5%) или редуцированной (15%) форме выявлялся у всех пациентов.

Средняя оценка выраженности продуктивной симптоматики по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	1 группа (n =52 чел.) M±SD	2 группа (n =34 чел.) M±SD	3 группа (n =44 чел.) M±SD
P1 – бредовые идеи	1,10±0,01	1,00±0,30	5,10±0,28#,\$
P2 – дезорганизация мышления	1,40±0,90	2,60±1,20*	5,00±0,85#
P3 – галлюцинации	1,80±0,30	3,40±1,02*	5,20±0,90\$,#
P4 - возбуждение	1,70±0,19	2,40±0,91*	3,60±0,12#
P5 – идеи величия	1,20±0,05	2,80±0,18*,\$	4,00±0,13#
P6 - подозрительность	2,40±0,02	3,70±0,12*,\$	4,50±0,02
P7 - враждебность	2,70±0,40	3,90±0,20	3,00±0,32
Средняя оценка	1,76±0,27	2,82±0,56*,\$	4,30±0,37#

Примечание: * - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 1 и 2 группами;

\$ - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 2 и 3 группами;

- достоверные различия между 1 и 3 группами.

Бредовые идеи отличались полиморфизмом, носили чувственный характер, сопровождались аффектом раздражения, страха, тревоги. Также был характерен бред психического и физического воздействия: пациенты были убеждены в своей способности совершать гипнотические действия на других людей, вкладывать мысли на расстоянии, «контактировать» с источником воздействия.

Анализ средних значений выраженности продуктивных симптомов у больных позволил установить зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.1).

Наиболее высокая средняя оценка выраженности продуктивных симптомов была у больных с психотической дезорганизацией личности (4,3±0,36 балла, $p \leq 0,05$). При этом более выраженными являлись бредовые идеи (5,1±0,28 балла, $p \leq 0,05$), галлюцинации (5,20±0,90 балла, $p \leq 0,05$), дезорганизация мышления (5,00±0,85 балла, $p \leq 0,05$), идеи величия (4,00±0,13 балла, $p \leq 0,05$), подозрительность (4,50±0,02 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка тяжести позитивных симптомов у пациентов в этой группе находилась в пункте «возбуждение» (3,60±0,12 балла, $p \leq 0,05$).

У больных с пограничной дезорганизацией личности средняя оценка выраженности продуктивных соответствовала умеренным проявлениям (2,82±0,56 балла, $p \leq 0,05$). Уровень выраженности ассоциативных нарушений (2,60±1,20 балла, $p \leq 0,05$), галлюци-

наций (3,40±1,02 балла, $p \leq 0,05$), возбуждение (2,40±0,91 балла, $p \leq 0,05$), идеи величия (2,80±0,18 балла, $p \leq 0,05$) достоверно был ниже, чем в третьей группе сравнения.

Низкие баллы выраженности продуктивной симптоматики отмечались у пациентов с невротической дезорганизацией личности (1,76±0,27 балла, $p \leq 0,05$). Наиболее высокие результаты были зарегистрированы в клинических признаках «подозрительность» (2,40±0,02 балла, $p \leq 0,05$), «враждебность» (2,70±0,40 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка была обнаружена в пунктах «бредовые идеи» (1,10±0,01 балла, $p \leq 0,05$), «идеи величия» (1,20±0,05 балла, $p \leq 0,05$).

Анализ средних значений выраженности негативных симптомов по шкале PANSS у больных позволил установить их зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.2).

Наиболее высокий показатель выраженности негативных симптомов был у больных с психотической дезорганизацией личности. Средняя оценка соответствовала умеренной степени тяжести (3,59±0,27 балла, $p \leq 0,05$). Среди дефицитарных расстройств у данных пациентов наиболее глубокими были: пассивно-апатическая социальная отстраненность (4,40±0,52 балла, $p \leq 0,05$), трудности в абстрактном мышлении (3,70±0,05 балла, $p \leq 0,05$), недостаточный раппорт (3,60±0,61 балла, $p \leq 0,05$), эмоциональная отстраненность (3,50±0,26 балла, $p \leq 0,05$). Самая низкая

Средняя оценка выраженности негативной симптоматики по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	1 группа (n =52 чел.) M±SD	2 группа (n =34 чел.) M±SD	3 группа (n =44 чел.) M±SD
N1- эмоциональное уплощение	1,30±0,02	2,20±0,25*,§	3,40±0,12#
N2 – эмоциональная отстраненность	1,80±0,42	2,30±0,36\$	3,50±0,26#
N3 – недостаточный раппорт	1,70±0,01	2,10±0,40*,§	3,60±0,61
N4 – пассивно-апатическая социальная отстраненность	1,20±0,10	2,50±0,12*,§	4,40±0,52#
N5 – трудности в абстрактном мышлении	1,20±0,11	1,80±0,14*,§	3,70±0,05#
N6 – недостаток спонтанности и плавности беседы	1,30±0,07	2,10±0,21*,	3,40±0,13
N7 – стереотипность мышления	1,10±0,03	2,10±0,23\$	3,10±0,17
Средняя оценка	1,37±0,12	2,16±0,24	3,59±0,27

Примечание: * - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 1 и 2 группами;
 \$ - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 2 и 3 группами;
 # - достоверные различия между 1 и 3 группами.

оценка негативных нарушений была в пункте «стереотипность мышления» (3,10±0,17 балла, $p \leq 0,05$).

У больных с пограничной дезорганизацией личности показатель тяжести дефицитарных расстройств соответствовал минимальным проявлениям (2,16±0,24 балла, $p \leq 0,05$). Наиболее выраженными оказались следующие негативные симптомы: «пассивно-апатическая социальная отстраненность» (2,50±0,12 балла, $p \leq 0,05$), «эмоциональная отстраненность» (2,30±0,36 балла, $p \leq 0,05$), «эмоциональное уплощение» (2,20±0,25 балла, $p \leq 0,05$). Наименьшая оценка или отсутствие сформированного симптома была в пунктах «трудности в абстрактном мышлении» (1,80±0,14 балла, $p \leq 0,05$), «недостаточный раппорт» (2,10±0,40 балла, $p \leq 0,05$), «недостаток спонтанности и плавности беседы» (2,10±0,21 балла, $p \leq 0,05$), «стереотипность мышления» (2,10±0,23 балла, $p \leq 0,05$).

Самый низкий показатель выраженности нарушений (включая отсутствие симптома) среди всех обследуемых пациентов был у больных с невротической дезорганизацией личности (1,37±0,12 балла, $p \leq 0,05$). Обращает внимание, что в пунктах «эмоциональная отстраненность» (1,80±0,42 балла, $p \leq 0,05$) и «недостаточный раппорт» (1,70±0,01 балла, $p \leq 0,05$) наблюдалась тенденция к минимальной

выраженности негативного симптома, что отчетливо проявлялось в серии клинических бесед и личностного интервьюирования. В первой группе респондентов предполагалась их вовлеченность, интерес к процессу обследования и его результатам. Но чем дольше пациенты участвовали в клинико-диагностическом эксперименте, тем четче обнаруживалась: скованность при общении с исследователем, снижение эмоционального реагирования, открытости и честности в беседе.

Анализ средних значений выраженности общих психопатологических симптомов по шкале PANSS у больных позволил установить их зависимость от уровня дезорганизации личности (табл.3).

Наиболее выраженные общие психопатологические симптомы встречались у больных с психотической дезорганизацией личности (3,55±0,22 балла, $p \leq 0,05$) с равномерным распределением тяжести от легкой к умеренной. Наиболее значимыми являлись такие клинические признаки, как активный социальный уход (4,80±0,13 балла, $p \leq 0,05$), волевые нарушения (4,80±0,25 балла, $p \leq 0,05$), отсутствие сотрудничества (4,80±0,23 балла, $p \leq 0,05$), двигательная заторможенность (4,30±0,16 балла, $p \leq 0,05$), необычное содержание мыслей (4,20±0,19 балла, $p \leq 0,05$), ухудшение внимания (4,10±0,26 балла, $p \leq 0,05$), манерность (4,00±0,37 балла, $p \leq 0,05$).

Средняя оценка выраженности общих психопатологических симптомов по шкале PANSS у больных с различным уровнем дезорганизации личности

Симптомы	1 группа (n =52 чел.) M±SD	2 группа (n =34 чел.) M±SD	3 группа (n =44 чел.) M±SD
G1 – соматическая озабоченность	4,40±0,32	2,30±0,11	1,65±0,13#
G2- тревога	5,60±0,36	5,10±0,71*,\$	3,60±0,27#
G3 – ощущение вины	4,60±0,44	4,80±0,46*	2,60±0,34
G4 - напряжение	5,80±0,17	5,05±0,37\$	3,10±0,17#
G5 – манерность	3,10±0,24	4,20±0,61*	4,00±0,37
G6 - депрессия	6,30±0,65	4,80±0,54*,\$	3,10±0,63#
G7- - двигательная заторможенность	2,60±0,47	2,40±0,17	4,30±0,16#
G8- отсутствие сотрудничества	1,30±0,12	2,40±0,15	4,80±0,23#
G9 – необычное содержание мыслей	2,30±0,43	3,40±0,22\$	4,20±0,19
G10 – дезориентации	1,10±0,02	1,80±0,09	3,30±1,04#
G11 – ухудшение внимания	5,60±0,53	3,40±0,21*	4,10±0,26
G12 – утрата критики	1,30±0,11	2,80±0,14\$	3,20±0,15#
G13 – волевые нарушения	1,80±0,15	3,12±0,18*,\$	4,80±0,25#
G14 - импульсивность	3,30±0,21	2,70±0,21*	2,20±0,05
G15 – отрешенность от реальности	1,50±0,05	2,26±0,20*,\$	3,00±0,10#
G16 – активный социальный уход	2,81±0,14	3,70±0,19*,\$	4,80±0,13
Средняя оценка	3,39±0,27	3,38±0,29	3,55±0,22

Примечание: * - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 1 и 2 группами;

\$ - достоверные различия при $p \leq 0,05$ между 2 и 3 группами;

- достоверные различия между 1 и 3 группами.

У пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности средняя оценка выраженности общих психопатологических симптомов носила промежуточный характер (3,38±0,27 балла, $p \leq 0,05$) с резкими межпоказательными скачками. Но при этом наиболее значимыми являлись: депрессия (6,30±0,65 балла, $p \leq 0,05$), напряжение (5,80±0,17 балла, $p \leq 0,05$), тревога (5,60±0,36 балла, $p \leq 0,05$), недостаточная концентрация внимания (5,60±0,53 балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины (4,60±0,44 балла, $p \leq 0,05$), соматическая озабоченность (4,40±0,32 балла, $p \leq 0,05$), манерность (3,10±0,24 балла, $p \leq 0,05$), импульсивность (3,30±0,21 балла, $p \leq 0,05$), которые при внимательном рассмотрении оказались достоверно выше в сравнении с другими группами исследования.

Наименьшая выраженность общих психопатологических симптомов приходилась на пациентов с пограничной дезорганизацией личности (3,38±0,29 балла, $p \leq 0,05$). Особо выделилась тревога (5,10±0,71 балла, $p \leq 0,05$), депрессия (4,80±0,54 балла, $p \leq 0,05$), ощущение вины (4,80±0,46 балла, $p \leq 0,05$), манерность (4,20±0,61 балла, $p \leq 0,05$) и активный социальный уход (3,70±0,19 балла, $p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты проведенного стандартизированного клинико-психопатологического исследования, позволили установить зависимость между уровнем дезорганизации личности и определенными клиническими особенностями психических расстройств, выраженностью продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов.

Так, у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности клиническая картина представлена невротоподобными и субдепрессивными расстройствами (непсихотические нарушения). Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует отсутствию либо минимальной тяжестью проявлений ($1,76 \pm 0,27$) за счет раздражительности, враждебности и астении. Показатель выраженности негативных симптомов имеет наименьшую тяжесть во всех клинических признаках шкалы PANSS ($1,37 \pm 0,12$). Оценка тяжести общих психопатологических симптомов имеет большие межпоказательные разрывы от минимальных до умеренных цифр. Наиболее значимыми являются депрессия, напряжение, тревога, недостаточная концентрация внимания, ощущение вины. Данные результаты полностью соответствуют нашему предположению о незначительном влиянии психопатологического процесса на качественные изменения личности. Следовательно, у «невротиков» остается целым ядро собственной идентичности и рациональности, но при этом отмечается снижение интенсивности эмоциональной энергии, которое зачастую сопровождается тревожной мнительностью, сензитивностью и разного рода зависимостями.

У пациентов с пограничным расстройством личности клинико-психологические особенности отличаются богатым полиморфизмом: от навязчивых и субдепрессивных состояний к редуцированным галлюцинаторным переживаниям. Последние в свою очередь характеризуются малой продолжительностью и низкой сенсорной напряженностью, что дает пациентам возможность достаточно точно выделить их в пространственно-временном континууме. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует умеренным проявлениям ($2,82 \pm 0,56$). Среди позитивных расстройств наиболее значимыми являются галлюцинаторные переживания, подозрительность, враждебность. Показатель тяжести негативных симптомов соответствует минимальным проявлениям ($2,16 \pm 0,24$) за счет пассивно-апатической социальной и эмоциональной отстраненности. Тяжесть общих психопатологических симптомов достоверно отвечает самым низким оценкам по всем группам сравнения ($3,38 \pm 0,29$). Полученные данные свидетельствуют о взаимопроникновении психопатологических симптомов в структуру данной личностной организации. Так, продуктивные расстройства в виде галлюцинаций вызывают временное искажение реальности, а негативная симптоматика (а именно отстраненность) закрепляет противоречия

различных аспектов «Я», рождая на свет амбивалентную или антагонистическую идентичность пограничной личности.

Пациенты с психотической дезорганизацией личности характеризуются ослаблением эмоциональных реакций, снижением интереса к окружающим, падением общей активности, сужением потребности в общении, погружением в мир собственных переживаний. Клиническая картина развернутого психотического эпизода в большинстве случаев (65%) представлена бредовыми расстройствами с развитием интерпретативных, систематизированных бредовых идей отношения. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует умеренной степени ($4,3 \pm 0,36$). Наиболее тяжелыми являются бредовые идеи, галлюцинации, дезорганизация мышления, идеи величия, подозрительность. Оценка выраженности негативных симптомов свидетельствует об умеренном уровне тяжести ($3,59 \pm 0,27$) за счет превалирующей роли пассивно-апатической социальной отстраненности, трудностей в абстрактном мышлении, недостаточности раппорта, эмоциональной отстраненности. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов соответствует в целом легкому уровню ($3,55 \pm 0,22$) с равномерным распределением тяжести. Наиболее выраженными являются волевые нарушения, активный социальный уход, отсутствие сотрудничества, двигательная заторможенность, необычное содержание мыслей, ухудшение внимания манерность. Результаты исследования показывают, что психотические психические расстройства наносят существенный ущерб структурным компонентам личностной организации. Позитивные симптомы, особенно активное, систематизированное бредообразование, вызывает потерю способности тестировать реальность пациентом. А негативные расстройства, удвоенные общей психопатологической симптоматикой, изменяют «Я» и «объект» - репрезентации идентичности до полной диссоциации (расщепления) личности психотического больного.

Полученные данные свидетельствуют о правомочности выделения уровней дезорганизации личности человека, страдающего психическим расстройством и необходимости поиска дифференцированных подходов к оказанию квалифицированной психиатрической помощи с учетом не только динамики продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов, но и структурных личностных изменений (дезорганизации), вызванных патологической психической средой.

Мельниченко В.В.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В соответствии с целью настоящей работы было проведено сравнительное клинико-психопатологическое исследование больных с различным уровнем дезорганизации личности, включавшее описание этих уровней и связанные с ними психические расстройства, а также оценку выраженности психопатологических симптомов в зависимости от структурных особенностей каждой дезорганизации личности.

Материалы и методы: в РКПБ г. Донецка на период 2018 - 2020 гг. исследовались клинико-психопатологические характеристики 130 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, с установленными диагнозами: «параноидная шизофрения», «острые транзиторные психотические расстройства», «смешанное тревожно-депрессивное расстройство», «генерализованное тревожное расстройство». В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного интервью по О. Кернбергу: 1 группа – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности – 52 чел.; 2 группа – респонденты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 34 чел.; 3 группа – респонденты с психотическим уровнем дезорганизации личности – 44 чел. Для диагностики выраженности психопатологической симптоматики использовалась шкала позитивных и негативных симптомов SCI-PANSS.

Результаты: у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности клиническая картина представлена неврозоподобными и субдепрессивными расстройствами. Оценка выраженности продуктивных симптомов и негативных симптомов соответствует отсутствию либо минимальной тяжести проявлений. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов имеет большие межпоказательные разрывы от минимальных до умеренных цифр. Наиболее значимыми являются депрессия, напряжение, тревога, недостаточная концентрация внимания, ощущение вины. У пациентов с пограничным расстройством личности клинико-психологические особенности отличаются богатым полиморфизмом: от навязчивых и субдепрессивных состояний к редуцированным галлюцинаторным переживаниям. Оценка выраженности продуктивных симптомов соответствует умеренным проявлениям; негативных симптомов минимальным нарушениям. Тяжесть общих психопатологических симптомов достоверно отвечает самым низким оценкам по всем группам сравнения. Оценка выраженности продуктивных симптомов и негативных симптомов соответствует умеренной степени. Оценка тяжести общих психопатологических симптомов соответствует в целом легкому уровню с равномерным распределением тяжести.

Заключение: результаты проведенного стандартизированного клинико-психопатологического исследования, позволили установить зависимость между уровнем дезорганизации личности и определенными клиническими особенностями психических расстройств, выраженность продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов.

Ключевые слова: PANSS, симптом, личность, дезорганизация

Melnichenko V.V.

CLINICAL AND PSYCHOPATOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF PERSONAL DISORGANIZATION

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

In accordance with the purpose of this work, a comparative clinical and psychopathological study of patients with different levels of personality disorganization was carried out, which included a description of these levels and associated mental disorders, as well as an assessment of the severity of psychopathological symptoms depending on the structural features of each personality disorganization.

Materials and methods: in the Republican Clinical Psychiatric Hospital in Donetsk for the period 2018 - 2020 investigated the clinical and psychopathological characteristics of 130 patients aged 18 to 65 years, with established diagnoses: “paranoid schizophrenia”, “acute transient psychotic disorders”, “mixed anxiety-depressive disorder”, “generalized anxiety disorder”. Depending on the level of personality disorganization, the subjects were divided into 3 groups using a structural interview

according to O. Kernberg: group 1 - respondents with a neurotic level of personality disorganization - 52 people; group 2 - respondents with a borderline level of personality disorganization - 34 people; group 3 - respondents with a psychotic level of personality disorganization - 44 people. The SCI-PANSS scale of positive and negative symptoms was used to diagnose the severity of psychopathological symptoms.

Results: in patients with a neurotic level of personality disorganization, the clinical picture is presented by neurosis-like and subdepressive disorders. Assessment of the severity of productive symptoms and negative symptoms corresponds to the absence or minimal severity of manifestations. Assessment of the severity of general psychopathological symptoms has large inter-indicative gaps from minimal to moderate numbers. The most significant are depression, tension, anxiety, lack of concentration, and feelings of guilt. In patients with borderline personality disorder, clinical and psychological characteristics are characterized by rich polymorphism: from obsessive and subdepressive states to reduced hallucinatory experiences. Assessment of the severity of productive symptoms corresponds to moderate manifestations; negative symptoms with minimal disturbances. The severity of common psychopathological symptoms reliably corresponds to the lowest estimates in all comparison groups. Assessment of the severity of productive symptoms and negative symptoms corresponds to a moderate degree. The assessment of the severity of general psychopathological symptoms corresponds to a generally mild level with an even distribution of severity.

Conclusion: the results of the standardized clinical and psychopathological study made it possible to establish the relationship between the level of personality disorganization and certain clinical features of mental disorders, the severity of productive, negative and general psychopathological symptoms.

Keywords: PANSS, symptom, personality, disorganization

Литература

1. Мельниченко В.В. Расстройство личности и дезорганизация личности – синонимы или противоположности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 4 (48): 27-34.
2. Мельниченко В.В. Теоретический анализ базовых категорий дезорганизованной личности: идентичность, интеграция, целостность. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 1 (49): 20-28.
3. Мельниченко В.В., Абрамов В.Ал. Влияние иррациональных установок на психологическое благополучие и самоэффективность больных с различным уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 84-91.
4. Мельниченко В.В. Дисфункциональность когнитивных моделей как фактор нарушения саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 1 (45): 71-77.
5. Абрамов В.А., Осокина О.И., Путятин Г.Г. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманитарные подходы: монография. Донецк: Каштан; 2014. 295.
6. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк: Каштан; 2006. 268.
7. Абрамов В.А., Табачников С.И., Подкорытов В.С. Основы качественной психиатрической практики. Донецк: Каштан; 2006. 248.

References

1. Mel'nichenko V.V. Rasstroistvo lichnosti i dezorganizatsiya lichnosti – sinonimy ili protivopozlozhnosti [Personality disorder and personality disorganization are synonyms or opposites]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2019; 4 (48): 27-34 (in Russian).
2. Mel'nichenko V.V. Teoreticheskii analiz bazovykh kategorii dezorganizovannoi lichnosti: identichnost', integratsiya, tselostnost' [Theoretical analysis of the basic categories of a disorganized personality: identity, integration, integrity]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2020; 1 (49): 20-28 (in Russian).
3. Mel'nichenko V.V., Abramov V.Al. Vliyanie irratsional'nykh ustanovok na psikhologicheskoe blagopoluchie i samoeffektivnost' bol'nykh s razlichnym urovнем dezorganizatsii lichnosti [Influence

- of irrational attitudes on psychological well-being and self-efficacy of patients with different levels of personality disorganization]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019; 2 (46): 84-91 (in Russian).
4. Mel'nichenko V.V. Disfunktsional'nost' kognitivnykh modelei kak faktor narusheniya samoregulyatsii bol'nykh s razlichnym urovnem dezorganizatsii lichnosti [Dysfunctionality of cognitive models as a factor in self-regulation disorders in patients with different levels of personality disorganization]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii. 2019; 1 (45): 71-77 (in Russian).
 5. Abramov V.A., Osokina O.I., Putyatin G.G. Lichnostno-orientirovannaya psixiatriya: tsennostno-gumanitarnye podkhody: monografiya [Personality-oriented psychiatry: value-humanitarian approaches: monograph]. Donetsk: Kashtan; 2014. 295 (in Russian).
 6. Abramov V.A., Zhigulina I.V., Ryapolova T.L. Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya bol'nykh s psikhicheskimi rasstroistvami [Medical and social rehabilitation of patients with mental disorders]. Donetsk: Kashtan; 2006. 268 (in Russian).
 7. Abramov V.A., Tabachnikov S.I., Podkorytov V.S. Osnovy kachestvennoj psixiatricheskoj praktiki [Fundamentals of Good Psychiatric Practice]. Donetsk: Kashtan; 2006. 248 (in Russian).

Поступила в редакцию 26.02.2020

УДК 616.89-008:159.9

Альмешкина А.А., Голоденко О.Н.

САМООТНОШЕНИЕ И РЕФЛЕКСИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Согласно В.В. Столину, формирование смысла «Я» происходит посредством столкновения свойств личности с ее целями и мотивами, приобретая с развитием личности, в связи с переплетением разных видов деятельности, многогранность и фундаментальность. В последствии у человека формируется отношение к самому себе, которое может быть позитивным, негативным и конфликтным. Позитивное самоотношение способствует самореализации, негативное же, в свою очередь, ей препятствует, а конфликтное отношение к самому себе одновременно ей и способствует, и препятствует. Когда отношение к себе вступает в сознание человека, то оно семантически сформировывается (когнитивная составляющая) и переживается (эмоциональная составляющая). И.Е. Вольперт говорил, что пациенты с невротическим уровнем психических расстройств – люди, которые заболевают из-за дефицита любви: к самим себе – неврасценивания, других к себе – истерия, к себе и другим – психастения [1].

В настоящее время важное место в жизни человека занимает отношение человека к себе и окружающему миру, то как он воспринимает сложившиеся психотравмирующие ситуации, то насколько значим его внутренний мир для самого себя и может ли он увидеть неповторимость в других. Ведь если человек относится к остальным только как к средству достижения собственных целей и помыслов, как к преграде для самоактуализации и близко к сердцу воспринимает возникающие трудности - это может послужить толчком к развитию личностной дезорганизации. Данная проблема самоотношения с точки зрения психиатрии и психологии продолжает быть актуальной. Нас не перестает волновать вопрос о том, как отношение к себе в самосознании человека может влиять на собственную жизнедеятельность [2].

Самосознание – это процесс целостного понимания себя, своей ценности, занимаемой роли в обществе и жизни. Самооценка же является одной из основных переменных самосознания человека. Согласно М. Розенбергу, уровень развития личностного самосознания состоит из 5 параметров: степеней когнитивной сложности и отчетливости «образа Я» (своеобразная степень развитости рефлексии и содержание «образа Я» в зависимости от субъективной значимости тех или других свойств), степени внутренней цельности «образа Я» (при совпадении идеального и реального «образа Я»), степени устойчивости во времени «образа Я», степени самовосприятия человека (положительное или отрицательное самоотношение). Я-концепция («образ Я») – совокупность всех представлений личности о себе (характеристиках и способностях, возможностях взаимодействия с окружающими и миром, ценностях, целях и идеях). Человек строит свое поведение (жизнедеятельность) и интерпретацию индивидуального опыта на базе собственных представлений о себе. Тенденция защитить я-концепцию от дестабилизирующих воздействий является важным мотивом нормального поведения [3].

Самоотношение, в свою очередь, в социальной психологии, обычно, входит в структуру самосознания. При изучении самосознания, его содержания, можно понять поведение человека в тех или иных ситуациях. Адаптивные возможности личности находятся в основе развития готовности к жизнедеятельности. Важное условие становления личности – это возможность самосознания выделить ее из объективного мира и обеспечить ее индивидуальность и субъективность. В данном случае самосознание выступает неким ядром личности. То есть самосознание является нужным звеном при самоидентификации личности и играет важную роль при формиро-

вании Я-концепции, его исследование важно для прогнозирования и анализа поведения человека в его жизнедеятельности [4].

Прямо пропорционально с увеличением стрессовых ситуаций (военные события, обстановка с COVID-19) повышается психическая дезадаптированность индивидов. Находясь в таких условиях происходит дезорганизация психики и поведения, что, вероятно, ведет к развитию невротической дезорганизации личности. Для больных с невротическими расстройствами свойственно расколотое самосознание («расколотое Я» или «хрупкое Я»). То есть можно предположить, что и у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности будет характерно самосознание, состоящее из двух «Я»: внешнего – грандиозного, ложного, защитно-идеализированного, и внутреннего – неразвитого. Эта двойственность не позволяет сформироваться «реальному Я» [5]. Е.Т. Соколова считает, что нестабильность самооценки у пациентов с невротическими расстройствами может быть связана с изменчивостью сложившейся субъективно искаженной картины мира и образа своего «Я» [5, 6].

Актуальность данной работы заключается в том, что самоотношение непосредственно влияет на становление здоровой зрелой личности. Если же мы выявляем личностную дезорганизацию у пациентов, то предполагаем, что на каком-то этапе самоотношение к себе могло измениться. Согласно А.Н. Леонтьеву, проблема самосознания до конца не решена, что делает ее еще более важной, так как она является основой психологии личности.

Цель работы - изучить особенности самоотношения у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности при различной длительности заболевания и выявить связь между самоотношением и рефлексивностью у данной категории лиц.

Материал и методы исследования

Исследование особенностей самоотношения и рефлексивности проводилось путем обследования 37 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 57 лет (медиана возраста исследуемых составляла 36 полных лет (Q1-Q3: 32,0 – 53,0)) с невротическим уровнем личностной дезорганизации, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка

в апреле 2019 года. В качестве критериев для выделения данного уровня дезорганизации личности использовались элементы структурного интервью О.Ф. Кернберга [7, 8, 9]. Из них у большинства пациентов, в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, преобладали диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства F 41.2 (40,5%) и расстройства адаптации, в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции F 43.22 (13,5%). Распределение обследуемых по полу: мужчин - 16 чел. (43,2%), женщин – 21 чел. (56,8%).

Основную группу составили больные с длительностью заболевания до года – 37,8% (14 чел.), в группу сравнения вошли пациенты с длительностью заболевания более года – 62,2% (23 чел.).

В исследовании использовались клинико-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов. Клинико-психопатологический метод строился на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и содержал традиционный опрос, анализ психического состояния, диагностику в соответствии с критериями МКБ-10. Социально-психологический метод был направлен на исследование показателей самоотношения и уровня развития рефлексивности больных с невротическим уровнем дезорганизации личности и их взаимосвязь с помощью «Тест-опросника самоотношения» В.В. Столина, Р.С. Пантелеева [10, 11] и методики диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова [12].

Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Если распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD), в случае, когда распределение отличалось от нормального, определяли медиану (Me) и значения нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение не отличалось от нормального и при гомогенности дисперсий использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение

отличалось от нормального, для сравнения двух выборок применялся критерий Манна-Уитни. Для выявления связи между признаками проводился корреляционный анализ: в случае, когда распределение не отличалось от нормального – коэффициент корреляции Пирсона, в противоположной ситуации – коэффициент ранговой корреляции Кендалла. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности выявлен завышенный уровень глобального самоотношения ($71,1 \pm 24,7$ (95% ДИ: 62,8–79,3)). При изучении общих результатов в зависимости от уровня самоотношения по шкале глобального самоотношения получены следующие данные: 78,4% (29 человек) респондентов показали завышенный уровень самоотношения, у 5,4% (2 человек) испытуемых определили, что их уровень самоотношения соответствует среднестатистической норме, а у 16,2% (6 человек) обследованных пациентов установлен заниженный уровень самоотношения (табл. 1.). Из них в основной группе (37,8% - 14 человек) и группе сравнения (62,2% - 23 человека): завышенный уровень глобального самоотношения - у 11ти и 18ти человек (соответственно); заниженный уровень самоотношения - у 3х и 3х человек (соответственно); у 2х человек в группе сравнения выявлен уровень самоотношения, который соответствует среднестатистической норме. Глобальное самоотношение отражает общее позитивное или негативное отношение к себе, интегральное чувство «за» или «против» собственного я. Завышенная самооценка говорит о переоценке своих возможностей и способностей, высоких притязаниях. А заниженная самооценка выражается в ожидании неуспеха, чувстве неполноценности, заниженном уровне притязаний и сужает пространство будущей активности. Согласно В.В. Столину, глобальное самоотношение это своеобразная сумма всех составляющих самосознания, при недостатке одних показателей увеличиваются другие, то есть они могут взаимозамещаться с целью поддержания общего самоотношения на достаточном уровне. Глобальное самоотношение у данной группы пациентов находится преимущественно на высоком уровне, что может говорить о том, что внутренний мир у пациентов с невротическим

уровнем дезорганизации личности, в целом, пропорционален, сложен и согласован.

Медиана по всей выборке по шкале самоуважения находится на несколько завышенном уровне (58,7 (Q1-Q3: 25,3–80)). При исследовании общих результатов в зависимости от уровня самоуважения получены следующие результаты: 51,4% (19 человек) обследованных показали завышенный уровень, а у 48,6% (18 человек) испытуемых пациентов установлен заниженный уровень (табл. 1.). Из них у больных, с длительностью заболевания до года (37,8% - 14 человек) и пациентов, болеющих более года (62,2% - 23 человека): завышенный уровень самоуважения - у 6ти и 13ти человек (соответственно); заниженный уровень самоуважения - у 8ми и 10ти человек (соответственно). Самоуважение играет роль социального аспекта, нормативной самооценки. Прослеживается оценочный компонент самоотношения, то есть индивид сравнивает себя и свои действия с другими. Или объяснение того, почему некоторые собственные действия оцениваются негативно, а некоторые – позитивно (внутреннее обоснование). Завышенная и заниженная самооценки влекут за собой серьезные внутренние конфликты, личность становится неспособной реализовывать взятые на себя обязанности. Низкая самооценка влечет за собой заниженное самоуважение, что вытекает в неустойчивое и противоречивое представление человека о самом себе. В то время как высокая самооценка сопровождается излишней самоуверенностью и появлению различных конфликтов [5].

У пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности выявлен высокий уровень аутосимпатии ($65,5 \pm 27,2$ (95% ДИ: 56,4–74,5)). При изучении общих результатов в зависимости от уровня самоотношения по шкале аутосимпатии получены следующие данные: у 70,3% (26 человек) респондентов выявили завышенный уровень аутосимпатии, а 29,7% (11 человек) испытуемых показали заниженный уровень аутосимпатии (табл. 1.). Из них в основной группе (37,8% - 14 человек) и группе сравнения (62,2% - 23 человека): высокий уровень аутосимпатии - у 9ти и 17ти человек (соответственно); заниженный уровень аутосимпатии - у 5ти и 6ти человек (соответственно). Следовательно, большинство испытуемых относятся к себе с симпатией, как к самоценности, считают, что они привлекательны для самих себя, но небольшая

Общие результаты исследования самооотношения по глобальным шкалам у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности с помощью «Теста-опросника самооотношения» В.В. Столина, Р.С. Пантелеева (в накопленных частотах, %)

Уровни самооотношения	M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Кол-во респондентов с заниженным уровнем самооотношения	Кол-во респондентов с уровнем самооотношения, соответствующим среднестатистической норме	Кол-во респондентов с завышенным уровнем самооотношения
Глобальное самооотношение (S)	71,1±24,7 (95% ДИ: 62,8–79,3)	16,2% (6 чел.)	5,4% (2 чел.)	78,4% (29 чел.)
Самоуважение	58,7 (Q1-Q3: 25,3–80)	48,6% (18 чел.)	-	51,4% (19 чел.)
Аутосимпатия	65,5±27,2 (95% ДИ: 56,4–74,5)	29,7% (11 чел.)	-	70,3% (26 чел.)
Ожидаемое отношение других	72,3 (Q1-Q3: 39,7–91,3)	40,5% (15 чел.)	8,1% (3 чел.)	51,4% (19 чел.)
Самоинтерес	67,8±30,1 (95% ДИ: 57,7–77,8)	21,6% (8 чел.)	10,8% (4 чел.)	67,6% (25 чел.)

категория обследованных относится к своему «Я» враждебно, эмоционально негативно: сконцентрированы на собственных недостатках, склонны к самообвинению, переживают разлад и несогласованность собственного «Я».

По шкале ожидаемое отношение от других у пациентов с невротическим уровнем личностной дезорганизации медиана находится на высоком уровне (72,3 (Q1-Q3: 39,7–91,3)). Изучив общие результаты в зависимости от уровня ожидаемого отношения от других получили следующие результаты: 51,4% (19 человек) испытуемых показали завышенный уровень, у 40,5% (15 человек) обследованных пациентов установлен заниженный уровень, а у 8,1% (3 человека) респондентов определили, что их уровень ожидаемого отношения от других соответствует среднестатистической норме (табл. 1.). Из них у пациентов, болеющих до года (37,8% - 14 человек) и больных, с длительностью заболевания более года (62,2% - 23 человека): завышенный уровень ожидаемого отношения от других - у 6ти и 13ти человек (соответственно); уровень ожидаемого отношения от других, который соответствует среднестатистической норме –

у 2х человек и 1го человека (соответственно); заниженный уровень ожидаемого отношения от других - у 6ти и 9ти человек (соответственно). Пациенты с невротическим уровнем дезорганизации личности преимущественно зависимы от оценок других, подчиняются авторитетам и конформны в отношении традиций, при этом считая, что они могут вызывать симпатию и уважение других. В то время как 40,5% обследованных не нуждаются в одобрении собственных поступков и взглядов, считают, что их деятельность и они сами по себе могут вызывать антипатию со стороны окружающих.

Выявлен высокий уровень самоинтереса у пациентов с невротическим уровнем личностной дезорганизации (67,8 ± 30,1 (95% ДИ: 57,7–77,8)). При изучении общих результатов в зависимости от уровня самооотношения по шкале самоинтереса получены следующие данные: у 67,6% (25 человек) респондентов выявили высокий уровень самоинтереса, у 10,8% (4 человек) – уровень самоинтереса, соответствующий среднестатистической норме, а 21,6% (8 человек) испытуемых показали низкий уровень самоинтереса (табл. 1.). Из них в основной группе (37,8% - 14 человек) и

Результаты исследования самооотношения у больных с невротическим уровнем дезорганизации личности с различной длительностью заболевания с помощью «Теста-опросника самооотношения» В.В. Столина, Р.С. Пантелеева (в накопленных частотах, %)

Уровни самооотношения	Длительность заболевания до года (n=14) M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Длительность заболевания более года (n=23) M ± SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3)	Статистическая значимость различия, p
Глобальные шкалы			
Глобальное самооотношение (S)	77,2 (Q1-Q3: 62,7–93,3)	80 (Q1-Q3: 55,3–93,3)	0,604
Самоуважение	49,9 ± 31,3 (95% ДИ: 31,81–67,95)	58,7 (Q1-Q3: 25,3–80)	0,717
Аутосимпатия	60,5 ± 27,3 (95% ДИ: 44,7–76,2)	77,3 (Q1-Q3: 37,3–90,7)	0,243
Ожидаемое отношение других	55 ± 27,5 (95% ДИ: 39,1–70,9)	72,3 (Q1-Q3: 39,7–91,3)	0,380
Самоинтерес	71,3 (Q1-Q3: 49,7–92,3)	71,3 (Q1-Q3: 49,7–92,3)	0,962
Конкретные шкалы			
Самоуверенность	65,7 (Q1-Q3: 47,7–81,3)	65,7 (Q1-Q3: 29,3–81,3)	0,824
Отношения других	72,1 ± 18,9 (95% ДИ: 61,2–83,1)	80 (Q1-Q3: 70,7–80)	0,896
Самопринятие	70,7 (Q1-Q3: 50,7–89,7)	70,7 (Q1-Q3: 50,7–100)	0,750
Саморуководство	61,6 ± 22,6 (95% ДИ: 48,6–74,6)	60,3 (Q1-Q3: 60,3–79,7)	0,699
Самообвинение	62,3 ± 26,5 (95% ДИ: 47–77,6)	42,2 ± 28,6 (95% ДИ: 29,8–54,5)	0,039*
Самоинтерес	61,9 ± 28,5 (95% ДИ: 45,5–78,4)	54,7 (Q1-Q3: 34,3–80)	0,962
Самопонимание	50,9 ± 31 (95% ДИ: 32,9–68,8)	43,3 (Q1-Q3: 21,3–83,7)	0,975

Примечание: * - различия между группами статистически значимы, $p \leq 0,05$.

группе сравнения (62,2% - 23 человека): повышенный уровень самоинтереса - у 10ти и 15ти человек (соответственно); уровень самоинтереса, соответствующий среднестатистической норме – у 1го и 3х человек (соответственно); низкий уровень самоинтереса - у 3х и 5ти человек (соответственно). У большинства

испытуемых выявлены высокие показатели по данной шкале, что говорит о том, что данная категория пациентов преимущественно не переживает внутреннюю дистанцию, а испытывает интерес к собственным мыслям, чувствам, деятельности и уверенность в собственной интересности для других.

Нами установлена статистически значимая разница между показателями степени самообвинения у пациентов, с длительностью заболевания до и более года ($p=0,039$). В то время как по другим шкалам самоотношения статистически значимых различий выявлено не было. Наблюдается завышенный уровень глобального самоотношения и самоинтереса как в основной группе, так и в группе сравнения. Хотя статистической значимости в различиях между уровнями самоуважения, аутосимпатии и ожидаемого отношения от других в сравниваемых группах выявлено не было, но из таблицы 2 видно, что показатели данных шкал значительно выше у пациентов, болеющих более года, в сравнении с основной группой (табл. 2.). Следовательно, можно предположить, что пациенты, болеющие до года склонны обвинять себя во всех неудачах, в том числе и в развитии/появлении психического расстройства, при этом готовы взять на себя ответственность за все неудачи и ошибки, но не пытаются что-либо изменить, «опуская руки». А пациенты с длительностью заболевания более года «сживают» со своим заболеванием, перестают приписывать причины каких-либо неудач себе и пытаются что-то изменить в лучшую сторону. Так же пациенты болеющие более года считают себя достаточно сильными, в большей степени дружелюбно относятся к своему «Я», позитивно относятся к собственной личности и деятельности, при этом переживая о том, что подумают другие, ищут одобрения собственных поступков и мнений со стороны, что говорит о том, что тестирование могли проходить, думая о социальной желательности. А стремление пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности к рефлексии неизбежно приводит к высоким показателям по шкале самоинтереса.

Выявлена статистически значимая высокая положительная корреляционная связь у пациентов с длительностью заболевания до года между показателями уровня самоуважения (основная шкала) и степени самопонимания ($R=0,856$, на уровне значимости $p<0,001$). Это говорит о том, что чем больше пациенты, болеющие до года, понимают и замечают причины собственных психических состояний, действий и поступков, тем больше себя уважают и оценивают личные поступки в позитивном ключе, сравнивая себя с другими.

Установлена статистически значимая вы-

сокая положительная корреляционная связь между показателями уровня аутосимпатии и степени самопринятия у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности, болеющих более года ($\text{Tau}=0,661$, на уровне значимости $p<0,01$). Следовательно, чем лучше пациент, болеющий более года, относится к собственной личности, чем больше он сосредоточен на своих достоинствах, чем выше у него самооценка, тем безоценочно позитивнее он относится к себе, даже при наличии недостатков.

Также выявлена статистически значимая слабая отрицательная корреляционная связь между показателями уровня рефлексии и степени самопонимания у пациентов с длительностью заболевания более года ($\text{Tau}=-0,331$, на уровне значимости $p=0,02$). То есть, можно предположить, что чем больше пациент, с длительностью заболевания более года, склонен к самоанализу и самокопанию, чем больше он пытается разобрать происхождение собственных неудач, психотравмирующих событий, своего заболевания, нахождения в клинике, тем меньше он понимает себя и не может найти и объяснить причины своих психических состояний, действий и поступков, что образует своеобразный замкнутый круг, в связи с чем у данной категории пациентов может ухудшаться самочувствие, происходить рецидивирование психических расстройств, в том числе с усложнением симптоматики. Это может говорить о том, что данные пациенты закрыты для нового знания о себе и у них срабатывают механизмы психологических защит, которые вместо помощи все больше дезорганизуют личность.

Пропускание через себя негативного эмоционального опыта близко связано с отношением человека к себе, с принятием себя таким как есть, самоуважением, симпатией к самому себе, поведением и деятельностью, которые он выражает при общении или ожидает по отношению к себе.

Таким образом, видоизменяющееся самоотношение, в связи с появившимся психическим расстройством, влечет за собой изменения ценностных ориентаций, личностных смыслов и жизнедеятельности индивида и предполагает саморефлексию и задействование личностных когнитивных и эмоциональных ресурсов. Но есть и отрицательная сторона рефлексии – данная категория пациентов склонна анализировать, главным образом,

негативный опыт, ситуации, которые подвергают сомнению позитивное самоотношение, что сопровождается неверием в собственный успех, вызывает негативные эмоциональные переживания и, возможно, развитие личностной дезорганизации невротического уровня. Соответственно, нашей целью при разработке психокоррекционных программ для данной категории пациентов является оказание помощи пациенту в «принятии»

болезни, трансформированных представлений о себе с сохранением позитивного самоотношения и научение в борьбе с негативно окрашенными эмоциональными переживаниями, то есть развитие саморефлексии в нужном нам позитивном ключе. Нужно продолжать данное исследование, чтобы более полно раскрыть картину невротической дезорганизации личности и понять причины ее развития.

Альмешкина А.А., Голоденко О.Н.

САМООТНОШЕНИЕ И РЕФЛЕКСИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМ УРОВНЕМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В современном обществе важное место в жизни человека занимает отношение человека к себе и окружающему миру, то как он воспринимает сложившиеся психотравмирующие ситуации, то насколько значим его внутренний мир для самого себя и может ли он увидеть неповторимость в других, так как в последующем все это может простимулировать развитие дезорганизации личности. Самосознание – это процесс целостного понимания себя, своей ценности, занимаемой роли в обществе и жизни. Самоотношение, обычно, входит в структуру самосознания. Актуальность данной работы заключается в том, что самоотношение непосредственно влияет на становление здоровой зрелой личности. Если же мы выявляем личностную дезорганизацию у пациентов, то предполагаем, что на каком-то этапе самоотношение к себе могло измениться. Целью данного исследования является изучение особенностей самоотношения у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности и выявление связи между самоотношением и рефлексивностью у данной категории лиц.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 37 респондентов обоих полов в возрасте от 18 до 57 лет с невротическим уровнем дезорганизации личности, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице – медико-психологическом центре г. Донецка в апреле 2019 года. В качестве критериев для выделения данного уровня дезорганизации личности использовались элементы структурного интервью О. Ф. Кернберга. Использовались клиничко-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности выявлен завышенный уровень глобального самоотношения ($71,1 \pm 24,7$ (95% ДИ: 62,8–79,3)), что может говорить о том, что внутренний мир у данных пациентов, в целом, пропорционален, сложен и согласован. Медиана по всей выборке по шкале самоуважения находится на несколько завышенном уровне ($58,7$ (Q1-Q3: 25,3–80)), так же выявлен высокий уровень аутосимпатии ($65,5 \pm 27,2$ (95% ДИ: 56,4–74,5)), определен высокий уровень по шкале ожидаемое отношение от других ($72,3$ (Q1-Q3: 39,7–91,3)) и установлен высокий уровень самоинтереса у данной категории пациентов ($67,8 \pm 30,1$ (95% ДИ: 57,7–77,8)). Нами установлена статистически значимая разница между показателями степени самообвинения у пациентов, с длительностью заболевания до и более года ($p=0,039$). Выявлена статистически значимая высокая положительная корреляционная связь у пациентов с длительностью заболевания до года между показателями уровня самоуважения (основная шкала) и степени самопонимания ($R=0,856$, на уровне значимости $p<0,001$). Установлена статистически значимая высокая положительная корреляционная связь между показателями уровня аутосимпатии и степени самопринятия у пациентов, болеющих более года ($Tau=0,661$, на уровне значимости $p<0,01$). Также выявлена статистически значимая слабая отрицательная корреляционная связь между показателями уровня рефлексии и степени самопонимания у пациентов с длительностью заболевания более года ($Tau=-0,331$, на уровне значимости $p=0,02$).

Выводы. При разработке психокоррекционных программ для данной категории больных мы должны оказать помощь пациенту в «принятии» болезни, трансформированных представлений о себе с сохранением позитивного самоотношения и научить бороться с негативно окрашенными эмоциональными переживаниями, то есть развить саморефлексию в нужном нам позитивном ключе.

Ключевые слова: самоотношение, рефлексивность, рефлексия, личностный потенциал, невротический уровень дезорганизации личности

Almeshkina A.A., Golodenko O.N.

SELF-RELATION AND REFLEXIVITY IN PATIENTS WITH THE NEUROTIC LEVEL OF PERSONALITY DISORGANIZATION WITH DIFFERENT DURATION OF THE DISEASE

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

In modern society, an important place in a person's life is occupied by a person's attitude to himself and the world around him, how he perceives the current psycho-traumatic situations, how important his inner world is for himself and whether he can see the uniqueness in others, since in the future all this can stimulate the development of personality disorganization. Self-consciousness is the process of a holistic understanding of oneself, one's value, and the role it plays in society and life. Self-relation is usually included in the structure of self-consciousness. The relevance of this work lies in the fact that self-relation directly affects the formation of a healthy mature personality. If we identify personal disorganization in patients, then we assume that at some stage the self-relation towards oneself could have changed. The purpose of this research is to study the characteristics of self-relation in patients with a neurotic level of personality disorganization and to identify the connection between self-relation and reflexivity in this category of persons.

Material and methods. The research involved 37 respondents of both sexes aged 18 to 57 years with the neurotic level of personality disorganization who were hospitalized in the Republican Clinical Psychoneurological Hospital - Medical and Psychological Center of Donetsk in April 2019. As criteria for highlighting this level of personality disorganization, elements of the structural interview by O.F. Kernberg were used. Clinical-psychopathological, socio-psychological (psychodiagnostic) methods and the method of mathematical processing of results were used.

Results and its discussion. In patients with a neurotic level of personality disorganization, an overestimated level of global self-relation was revealed (71.1 ± 24.7 (95% CI: 62.8–79.3)), which may indicate that the inner world of these patients, in general, proportional, harmonious and consistent. The median for the entire sample on the self-respect scale is at a slightly overestimated level (58.7 (Q1-Q3: 25.3–80)), and a high level of autosympathy was also revealed (65.5 ± 27.2 (95% CI: 56, 4–74.5)), a high level of expected attitude from others was determined (72.3 (Q1-Q3: 39.7–91.3)) and a high level of self-interest was established in this category of patients ($67.8 \pm 30, 1$ (95% CI: 57.7-77.8)). We have established a statistically significant difference between the indicators of the degree of self-accusation in patients with a disease duration of up to and more than a year ($p = 0.039$). A statistically significant high positive correlation was revealed in patients with a disease duration of up to a year between the indicators of the level of self-respect (main scale) and the degree of self-understanding ($R = 0.856$, $p < 0.001$). A statistically significant high positive correlation was found between the indicators of the level of autosympathy and the degree of self-acceptance in patients who had been ill for more than a year ($\text{Tau} = 0.661$, $p < 0.01$). Also, a statistically significant weak negative correlation was found between the indicators of the level of reflection and the degree of self-understanding in patients with a disease duration of more than a year ($\text{Tau} = -0.331$, $p = 0.02$).

Findings. When developing psychocorrectional programs for this category of patients, we must assist the patient in “accepting” the disease, transformed ideas about oneself while maintaining a positive self-relation, and teach how to deal with negatively colored emotional experiences, that is, develop self-reflection in the positive way we need.

Keywords: self-relation, reflexivity, reflection, personal potential, neurotic level of personality disorganization

Литература

1. Столин В.В. Самосознание личности. М.: Издательство Московского Университета; 1983. 284.
2. Клепикова Н.М. Особенности самоотношения личности в зависимости от уровня макиавеллизма. Мир науки. Педагогика и психология. 2019; 7 (2): 1-12. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/104PSMN219.pdf> (дата обращения: 11.08.2020).
3. Немов Р.С. Общая психология в 3 т. Том 3 в 2 кн. Книга 1. Теории личности: Учебник и практикум для среднего профессионального образования. М.: Издательство Юрайт; 2019. 349.
4. Кленова М.А. Самоотношение как фактор готовности к риску. Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2014; 14 (3-1): 83-88.
5. Иванова И.А., Куимова Н.Н., Корниенко Н.А., Тарасюк А.А. Особенности самосознания лиц с невротическими расстройствами. Ярославский педагогический вестник. 2017; 1: 209-213.
6. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл; 2015. 895.
7. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс»; 2014. 464.
8. Kernberg O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1993. 396.
9. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York City, NY: The Guilford Press; 2020. 426.
10. Бодалев А.А., Столин В.А., Аванесов В.С., Бабина В.С., Борисова Е.М., Быстрицкас В.Б., Визгина А.В., Зеличенко А.И., Магомед-Эминов М.Ш., Орлов Ю.М., Пантилеев С.Р., Похилько В.И., Семенов В.Е., Соколова Е.Т., Федотова Е.О., Хоментausкас Г.Т., Шмелев А.Г., Эткин А.М. Общая психодиагностика: Учебник. СПб.: Издательство «Речь»; 2006. 440.
11. Глуханюк Н.С. Практикум по психодиагностике: Учебное пособие. М.: Издательство Московского психолого-социального института; 2005. 216.
12. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. Психологический журнал. 2003; 24 (5): 45-57.

References

1. Stolin V.V. Samosoznanie lichnosti [Self-consciousness of the personality]. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo Universiteta; 1983. 284 (in Russian).
2. Klepikova N.M. Osobennosti samootnosheniya lichnosti v zavisimosti ot urovnya makiavellizma [Features of the personality self-relationship depending on the level of Machiavellism]. Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya. 2019; 7 (2): 1-12. Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/104PSMN219.pdf> (accessed: 11.08.2020) (in Russian).
3. Nemov R.S. Obshchaya psikhologiya v 3 t. Tom 3 v 2 kn. Kniga 1. Teorii lichnosti: Uchebnik i praktikum dlya srednego professional'nogo obrazovaniya [The theories of personality: Textbook and workshop for secondary vocational education]. Moscow: Izdatel'stvo Yurait; 2019. 349 (in Russian).
4. Klenova M.A. Samootnoshenie kak faktor gotovnosti k risku [Self-relation as factor of readiness for risk]. Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika. 2014; 14 (3-1): 83-88 (in Russian).
5. Ivanova I.A., Kuimova N.N., Kornienko N.A., Tarasyuk A.A. Osobennosti samosoznaniya lits s nevroticheskimi rasstroistvami [Peculiarities of self-consciousness of persons with neurotic disorders]. Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik. 2017; 1: 209-213 (in Russian).
6. Sokolova E.T. Klinicheskaya psikhologiya utraty Ya [Clinical psychology of loss of self]. Moscow: Smysl; 2015. 895 (in Russian).
7. Kernberg O.F. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva: Strategii psikhoterapii [Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies]. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass»; 2014. 464 (in Russian).
8. Kernberg O.F. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Connecticut: Yale University Press; 1993. 396.
9. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York City, NY: The Guilford Press; 2020. 426.

10. Bodalev A.A., Stolin V.A., Avanesov V.S., Babina V.S., Borisova E.M., Bystritskas V.B., Vizgina A.V., Zelichenko A.I., Magomed-Eminov M.Sh., Orlov Yu.M., Pantileev S.R., Pokhil'ko V.I., Semenov V.E., Sokolova E.T., Fedotova E.O., Khomentauskas G.T., Shmelev A.G., Etkind A.M. Obshchaya psikhodiagnostika: Uchebnik [General psychodiagnosics: Textbook]. St. Petersburg: Izdatel'stvo «Rech'»; 2006. 440 (in Russian).
11. Glukhanyuk N.S. Praktikum po psikhodiagnostike: Uchebnoe posobie [Workshop on psychodiagnosics: Textbook]. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo psikhologo-sotsial'nogo instituta; 2005. 216 (in Russian).
12. Karpov A.V. Refleksivnost' kak psikhicheskoe svoistvo i metodika ee diagnostiki [Reflexivity as a mental property and the technique of its diagnosis]. Psikhologicheskii zhurnal. 2003; 24 (5): 45-57 (in Russian).

Поступила в редакцию 16.02.2020

УДК 613.81:616.89

Побережная Н.В.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ И РАЗНЫМИ ФОРМАМИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВА, ВКЛЮЧАЯ КОМОРБИДНУЮ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ АЛКОГОЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Ученые всего мира на протяжении длительного времени все громче и тревожнее заявляют об опасности, которая подстерегает подрастающее поколение - детей, подростков, молодежь. Особенно тревожным фактором является раннее приобщение и быстрое привыкание к спиртному, в частности пиву, детей и подростков [1, 2]. Употребление алкоголя среди студентов колледжей намного превышает употребление любых других психоактивных веществ. По последним данным Национального исследования США «Мониторинг будущего», 63% студентов колледжей в 2014 году употребляли алкоголь в течение последних 30 дней, а у 35% были случаи чрезмерного употребления (5 или более напитков подряд) в течение последних 2 недель [3]. Совершенно очевидно, что злоупотребление алкоголем в колледже представляет значительный риск для здоровья населения. Кроме того, повышенный риск для человека может быть долгосрочным и приводить к последствиям в течение всей жизни.

Употребление психоактивных веществ студентами колледжей подвергает их повышенному риску возникновения связанных со здоровьем, поведенческих и социальных неблагоприятных последствий. У студентов колледжей сочетание связанного с употреблением алкоголя и психоактивных веществ связано с нарушением поведения и проблем с психическим здоровьем (например, тяжелой депрессии, панического расстройства, генерализованного тревожного расстройства) [4]. С учётом установленной взаимосвязи между злоупотреблением алкоголя и психоактивными веществами, депрессией и тревогой, эта информация является актуальной и тревожащей как для семей, так и для кампусов колледжей, а также поставщиков психиатрических услуг.

Цель настоящего исследования: изучить корреляционные связи непсихотической психопатологической симптоматики с клиническими психиатрическими диагнозами употребления пива, включая коморбидную нозологическую алкогольную патологию.

Материалы и методы исследования

Проведено комплексное обследование 392 человек, которые обучались в Соледарском профессиональном лицее № 111 (81 чел.), Артемовском индустриальном техникуме ДонНТУ (94 чел.), Донецком профессионально-техническом училище №22 (102 чел.) и Макеевском медицинском училище (115 чел.). Все учащиеся на момент проведения исследования обучались в учебных заведениях, за исключением тех, кто проходил профессиональную практическую подготовку за пределами основных учебных корпусов.

Основными методами исследования были: клиничко-анамнестический (опрос и изучение документов), клиничко-эпидемиологический, клиничко-психопатологический, психодиагностический и статистический.

Непсихотические психические расстройства и коморбидные наркологические диагнозы соответствовали диагностическим указаниям рубрик МКБ-10: F-4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», F -10.1 «Употребление алкоголя с вредными последствиями», F-10.2 «Синдром зависимости вследствие употребления алкоголя».

Обследованные были нами распределены на группы в соответствии с формами потребления ими пива: донозологические (на основании классификации Бехтеля Э.Е., 1986) и нозологические – согласно МКБ-10.

В группу 1 вошли лица с донозологическим употреблением алкоголя, без наличия психических расстройств – 268 обследуемых, т.е., те обследуемые, состояние которых не выходит за пределы так называемой клинической нормы. Группа 2 (43 чел.) включала больных с наличием непсихотических психических расстройств на фоне донозологического употребления алкоголя. Группа 3 (81 чел.) включала больных с наличием непсихотических психических расстройств (клинические диагнозы из группы F4 МКБ-10) в сочетании с употреблением алкоголя с вредными последствиями (F10.1) и синдромом зависимости от алкоголя (F10.2).

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам клинко-психопатологического и психодиагностического обследования 392 учащихся техникумов, лица и училища невротические расстройства (НР) из группы F4 согласно МКБ-10 были диагностированы у 124 человек, что составило 31,6% от общего количества обследованных. У юношей этот показатель составил 22,9%, у девушек – 11,0%. Нозологическая структура непсихотических психических расстройств у обследованного контингента второй и третьей групп представлена в таблице 1.

С целью выяснения характера связи непсихотической психопатологической симптоматики с наличием диагнозов неврастении, расстройств адаптации, тревожно-фобических расстройств, а также с различными формами употребления пива в анализируемых группах исследования был проведен корреляционный анализ при помощи вычисления коэффициента корреляции r-Пирсона. Результаты данного анализа показаны в табл. 2-6.

Как видно из таблицы 2, во второй группе исследования с наличием непсихотических

психических расстройств на фоне донозологического употребления пива достоверные положительные корреляции установлены в следующих случаях.

С наличием расстройства адаптации коррелировало присутствие таких симптомов как снижение аппетита, гиперестезия к громким звукам и яркому свету, головные боли и головокружения (весьма высокая теснота связи при $0,9 < r < 1$), выраженная усталость к концу рабочего дня, психическая утомляемость, раздражительность, снижение настроения, нарушение сна, комок в горле при волнениях, кошмарные сновидения, рассеянность и снижение концентрации внимания, трудность в выполнении любой работы, тревога, эмоциональная лабильность, эмоциональное напряжение, тремор в теле, страх заболеть тяжелым заболеванием, снижение энергичности, сердцебиение (высокая теснота связи при $0,7 < r < 0,9$).

С диагнозом неврастении в данной группе коррелировало присутствие следующих симптомов: подавленность и угнетенность (весьма высокая теснота связи при $0,9 < r < 1$), снижение энергичности, рассеянность и снижение концентрации внимания, трудность в выполнении работы, тревога, эмоциональная лабильность, выраженная усталость к концу рабочего дня (высокая теснота связи при $0,7 < r < 0,9$).

Присутствие следующих симптомов коррелировало в данной группе с наличием тревожно-фобического расстройства: психическая утомляемость, раздражительность, снижение настроения, нарушение сна, комок в горле при волнениях, снижение аппетита, головные боли и головокружения, кошмарные сновидения (весьма высокая теснота связи при $0,9 < r < 1$), эмоциональное напряжение, тремор в теле, гиперестезия к

Таблица 1

Нозологическая структура невротических расстройств, которые были диагностированы у обследованных второй и третьей групп наблюдения

Шифр согласно МКБ-10	Вторая группа наблюдени (n=43)		Третья группа наблюдения (n=81)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F40-F42	10	23,2	15	18,5	25	20,2
F43.22	12	27,9	25	30,9	37	29,8
F48.0	21	48,9	41	50,6	62	50
Всего	43	100,0	81	100,0	124	100,0

**Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов с
клиническими психиатрическими диагнозами во второй группе исследования
(коэффициент корреляции r-Пирсона)**

Симптомы	Клинические диагнозы		
	Расстройство адаптации	Неврастения	Тревожно-фобическое расстройство
	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r
Психическая утомляемость	0,88	0,56	1,0
Раздражительность	0,88	0,56	1,0
Эмоциональное напряжение	0,76	0,48	0,86
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,80	0,78	0,71
Тремор в теле	0,76	0,48	0,86
Сердцебиение	0,70	0,45	0,80
Снижение настроения	0,88	0,56	1,0
Нарушение сна	0,88	0,56	1,0
Снижение энергичности	0,73	0,86	0,64
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,89	0,71	0,79
Снижение аппетита	0,94	0,60	0,93
Сдавление в груди	0,58	0,37	0,65
Подавленность и угнетенность	0,58	0,91	0,51
Трудность в выполнении любой работы	0,80	0,78	0,71
Навязчивости	0,64	0,41	0,73
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,75	0,34	0,82
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,94	0,67	0,83
Головные боли и головокружения	0,94	0,61	0,93
Кошмарные сновидения	0,82	0,52	0,93
Тревога	0,80	0,78	0,71
Комок в горле при волнениях	0,88	0,56	1,0
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,80	0,78	0,71

громким звукам и яркому свету, страх заболеть тяжелым заболеванием, сердцебиение, выраженная усталость к концу рабочего дня, навязчивости, рассеянность и сниже-

ние концентрации внимания, трудность в выполнении любой работы, тревога, эмоциональная лабильность (высокая теснота связи при $0,7 < r < 0,9$).

Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов, психических и поведенческих расстройства вследствие употребления алкоголя с клиническими психиатрическими диагнозами в третьей группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Симптомы	Клинические диагнозы		
	Расстройство адаптации	Неврастения	Тревожно-фобическое расстройство
	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r
Психическая утомляемость	0,80	0,81	0,57
Раздражительность	0,80	0,52	0,89
Эмоциональное напряжение	0,77	0,50	0,92
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,80	0,84	0,89
Тремор в теле	0,71	0,47	1,0
Сердцебиение	0,68	0,45	0,95
Снижение настроения	0,88	0,58	0,80
Нарушение сна	0,82	0,54	0,86
Снижение энергичности	0,84	0,77	0,60
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,67	0,97	0,79
Снижение аппетита	0,80	0,52	0,48
Сдавление в груди	0,59	0,39	0,83
Подавленность и угнетенность	0,94	0,69	0,67
Трудность в выполнении любой работы	0,82	0,79	0,58
Навязчивости	0,59	0,39	0,83
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,73	0,40	0,84
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,85	0,56	0,83
Головные боли и головокружения	0,97	0,67	0,69
Кошмарные сновидения	0,68	0,62	0,95
Тревога	0,74	0,49	0,96
Комок в горле при волнениях	0,65	0,43	0,91
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,82	0,79	0,58
Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1)	0,48	0,73	0,34
Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)	0,89	0,73	0,63

Таким образом, спецификой всех непсихотических психических расстройств в данной группе, вне зависимости от их нозологических отличий, являлась отчетливость проявлений как астенической, так и астено-депрессивной симптоматики

Корреляционный анализ непсихотических психопатологических симптомов в соотношении с клиническими нозологическими психиатрическими диагнозами в третьей группе исследования, как следует из таблицы 3., выявил следующие значимые взаимосвязи.

Положительно коррелируют с диагнозом расстройства адаптации головные боли и головокружения, подавленность и угнетенность (весьма высокая теснота связи при $0,9 < r < 1$), снижение настроения, гиперестезия к громким звукам и яркому свету, снижение энергичности, нарушение сна, эмоциональная лабильность, трудность в выполнении любой работы, психическая утомляемость, раздражительность, рассеянность и снижение концентрации внимания, снижение аппетита, эмоциональное напряжение, тревога, страх заболеть тяжелым заболеванием, тремор в теле (высокая теснота связи при $0,7 < r < 0,9$).

При неврастении положительные корреляционные связи установлены со следующими психопатологическими симптомами: выраженной усталостью к концу рабочего дня (весьма высокая теснота связи при $0,9 < r < 1$), рассеянностью и снижением концентрации внимания, психической утомляемостью, трудностью в выполнении любой работы, эмоциональной лабильностью, снижением энергичности (высокая теснота связи при $0,7 < r < 0,9$).

При тревожно-фобическом расстройстве получены достоверно высокие корреляции со следующими симптомами: тремором в теле, тревогой, кошмарными сновидениями, сердцебиением, эмоциональным напряжением, комком в горле при волнениях (весьма высокая теснота связи при $0,9 < r < 1$), рассеянностью и снижением концентрации внимания, раздражительностью, нарушениями сна, страхом заболеть тяжелым заболеванием, навязчивостями, гиперестезией к яркому свету и громким звукам, сдавлением в груди, снижением настроения, выраженной усталостью к концу рабочего дня (высокая теснота связи при $0,7 < r < 0,9$).

При синдроме зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20) установлена

высокая теснота связи (при $0,7 < r < 0,9$) с наличием расстройства адаптации и неврастении, заметная теснота связи (при $0,5 < r < 0,7$) – с наличием тревожно-фобического расстройства.

Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.10) имеет высокую тесноту связи (при $0,7 < r < 0,9$) с неврастением, а с расстройством адаптации и тревожно-фобическим расстройством – лишь умеренную тесноту связи (при $0,3 < r < 0,5$).

Таким образом, при нозологически очерченных формах употребления пива в молодом возрасте расстройства адаптации характеризует доминирование астено-депрессивной симптоматики, неврастению – астенических проявлений, тревожно-фобические расстройства – собственно тревожно-фобической клинической картины на астеническом фоне. При этом, неврастения обнаружила одинаковую корреляционную связь высокой тесноты (при $0,7 < r < 0,9$) с наличием как синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), так и употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.10), расстройства адаптации – корреляционную связь высокой тесноты (при $0,7 < r < 0,9$) с наличием синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), тревожно-фобические расстройства – заметную тесноту корреляционной связи (при $0,5 < r < 0,7$) с наличием синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20).

Анализ корреляций психических проявлений с донозологическими формами употребления пива в первой группе исследования (здоровые лица), как следует из таблицы 4. представлен следующим образом.

Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты) не имеют корреляционных связей более чем умеренной тесноты (при $0,3 < r < 0,5$) ни с одним из исследованных признаков.

Случайно пьющие обнаруживают положительные корреляции высокой тесноты связи (при $0,7 < r < 0,9$) со снижением энергичности, заметной тесноты связи (при $0,5 < r < 0,7$) – с подавленностью и угнетенностью, трудностью в выполнении работы, тревогой, головными болями и головокружениями.

У ситуационно пьющих выявляются корреляционные связи весьма высокой тесноты (при $0,9 < r < 1$) со снижением энергичности, высокой тесноты (при $0,7 < r < 0,9$) – с трудностью в выполнении работы, тревогой, замет-

Корреляционная связь психических проявлений с донозологическими формами употребления пива (по Бехтелю Э.Е., 1986) в первой группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Психические проявления	Формы употребления спиртных напитков, предшествующие хроническому алкоголизму		
	Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты)	Случайно пьющие	Ситуационно пьющие
	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r
Психическая утомляемость	0,13	0,30	0,35
Раздражительность	0,19	0,43	0,49
Эмоциональное напряжение	0,16	0,21	0,41
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,18	0,40	0,46
Тремор в теле	0,12	0,27	0,31
Сердцебиение	0,14	0,32	0,36
Снижение настроения	0,21	0,48	0,55
Нарушение сна	0,15	0,33	0,38
Снижение энергичности	0,35	0,81	0,91
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,28	0,30	0,49
Снижение аппетита	0,19	0,43	0,49
Сдавление в груди	0,11	0,15	0,29
Подавленность и угнетенность	0,49	0,67	0,67
Трудность в выполнении любой работы	0,30	0,67	0,79
Навязчивости	0,14	0,18	0,29
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,13	0,19	0,30
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,09	0,21	0,24
Головные боли и головокружения	0,11	0,56	0,64
Кошмарные сновидения	0,17	0,21	0,44
Тревога	0,29	0,65	0,74
Комок в горле при волнениях	0,09	0,15	0,24
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,13	0,30	0,35

ной тесноты (при $0,5 < r < 0,7$) – с подавленностью и угнетенностью, головными болями и головокружениями, снижением настроения.

Таким образом, при донозологических формах употребления пива здоровыми лицами молодого возраста увеличение ин-

тенсивности алкоголизации проявляется её большей связью со снижением энергичности (в особенности), трудностью в выполнении работы, тревогой, головными болями и головокружениями, подавленностью и угнетенностью, снижением настроения.

Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов с донозологическими формами употребления пива (по Бехтелю Э.Е., 1986) во второй группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Симптомы	Формы употребления спиртных напитков, предшествующие хроническому алкоголизму				
	Не употребляющие спиртные напитки (абстиненты)	Случайно пьющие	Ситуационно пьющие	Систематически пьющие	Привычно пьющие
	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r
Психическая утомляемость	0,23	0,30	0,35	0,58	0,73
Раздражительность	0,29	0,43	0,49	0,58	0,69
Эмоциональное напряжение	0,26	0,31	0,41	0,66	0,84
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,28	0,33	0,46	0,62	1,0
Тремор в теле	0,22	0,27	0,31	0,66	0,73
Сердцебиение	0,24	0,32	0,36	0,56	0,65
Снижение настроения	0,21	0,38	0,55	0,68	0,99
Нарушение сна	0,25	0,33	0,38	0,49	0,72
Снижение энергичности	0,35	0,51	0,71	0,92	1,0
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,28	0,30	0,49	0,69	0,92
Снижение аппетита	0,29	0,43	0,49	0,77	0,89
Сдавление в груди	0,21	0,30	0,29	0,44	0,65
Подавленность и угнетенность	0,30	0,37	0,67	0,83	1,0
Трудность в выполнении любой работы	0,30	0,37	0,79	0,87	1,0
Навязчивости	0,14	0,18	0,29	0,45	0,88
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,23	0,29	0,30	0,66	0,95
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,29	0,32	0,24	0,45	0,74
Головные боли и головокружения	0,22	0,36	0,64	0,76	0,88
Кошмарные сновидения	0,17	0,21	0,44	0,48	0,77
Тревога	0,29	0,35	0,74	0,82	0,98
Комок в горле при волнениях	0,30	0,39	0,24	0,45	0,51
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,23	0,34	0,35	0,79	1,0

Анализируя непсихотические психопатологические симптомы в соотношении с донозологическими формами употребления пива во второй группе обследованных (таблица 5), можно констатировать отсутствие корреляций более чем умеренной тесноты (при $0,3 < r < 0,5$) у не употребляющих спиртные напитки (абстинентов).

У случайно пьющих наблюдается заметная теснота связи (при $0,5 < r < 0,7$) со снижением энергичности.

Ситуационно пьющих характеризует высокая теснота связи (при $0,7 < r < 0,9$) с трудностью в выполнении любой работы, тревогой, снижением энергичности, заметная теснота связи (при $0,5 < r < 0,7$) – с подавленностью и угнетенностью, головными болями и головокружениями, снижением настроения.

У обследованных, относящихся к систематически пьющим (категория, отсутствующая в первой группе), имеет место весьма высокая теснота связи (при $0,9 < r < 1$) со снижением энергичности, высокая теснота связи (при $0,7 < r < 0,9$) – с трудностью в выполнении работы, подавленностью и угнетенностью, тревогой, эмоциональная лабильность, головные боли и головокружения, снижение аппетита, заметная теснота связи (при $0,5 < r < 0,7$) – с выраженной усталостью к концу рабочего дня, снижением настроения, эмоциональным напряжением, тремором в теле, страхом заболеть тяжелым заболеванием, рассеянностью и снижением концентрации внимания, психической утомляемостью, раздражительностью, сердцебиением.

У такой донозологической формы употребления алкоголя как привычно пьющие (категория, также отсутствующая в первой группе) отмечается весьма высокая теснота связи (при $0,9 < r < 1$) с эмоциональной лабильностью, трудностью в выполнении любой работы, снижением энергичности, рассеянностью и снижением концентрации внимания, подавленностью и угнетенностью, снижением настроения, тревогой, страхом заболеть тяжелым заболеванием, выраженной усталостью к концу рабочего дня, высокая теснота связи (при $0,7 < r < 0,9$) – со снижением аппетита, головными болями и головокружениями, навязчивостями, эмоциональным напряжением, кошмарными сновидениями, гиперестезией к громким звукам и яркому свету, психической утомляемостью, тремором в теле, нарушением сна, заметная теснота связи (при $0,5 < r < 0,7$) – с

раздражительностью, сердцебиением, сдавливанием в груди, комком в горле при волнениях.

Таким образом, у обследованных с наличием непсихотических психических расстройств психопатологические симптомы обнаружили отчетливую зависимость от тяжести донозологической алкоголизации: астенические проявления усиливаются от группы случайно пьющих до привычно пьющих, депрессивные и тревожные – от ситуационно пьющих до привычно пьющих; у привычно пьющих выявлена также высокая теснота связи с навязчивостями. При непсихотических психических расстройствах, кроме того, обращает на себя внимание наличие наиболее тяжёлых форм донозологического употребления алкоголя (систематически и привычно пьющие), отсутствующих у обследованных без нозологически очерченной психической патологии (в первой группе).

Анализируя корреляционные связи непсихотических психопатологических симптомов с нозологическими формами употребления алкоголя в третьей группе исследования, можно сделать следующие выводы (таблица 6).

При употреблении алкоголя с вредными последствиями (F10.10) высокая теснота связи (при $0,7 < r < 0,9$) отмечена с выраженной усталостью к концу рабочего дня, заметная теснота связи (при $0,5 < r < 0,7$) – с психической утомляемостью, подавленностью и угнетенностью, эмоциональной лабильностью и невозможностью сдерживать слезы, снижением энергичности, трудностью в выполнении любой работы.

У обследованных с синдромом зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20) выявлена весьма высокая теснота связи (при $0,9 < r < 1$) данной нозологии с выраженной усталостью к концу рабочего дня, снижением энергичности, подавленностью и угнетенностью, эмоциональной лабильностью и невозможностью сдерживать слезы, трудностью в выполнении любой работы, головными болями и головокружениями, психической утомляемостью, высокая теснота связи (при $0,7 < r < 0,9$) – со снижением настроения, гиперестезией к громким звукам и яркому свету, нарушениями сна, раздражительностью, снижением аппетита, заметная теснота связи (при $0,5 < r < 0,7$) – с эмоциональным напряжением, тревогой, страхом заболеть тяжелым заболеванием, тремором в теле,

Корреляционная связь непсихотических психопатологических симптомов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя в третьей группе исследования (коэффициент корреляции r-Пирсона)

Симптомы	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя	
	Употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.10)	Синдром зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20)
	Коэффициент корреляции Пирсона, r	Коэффициент корреляции Пирсона, r
Психическая утомляемость	0,60	0,90
Раздражительность	0,38	0,71
Эмоциональное напряжение	0,37	0,69
Рассеянность и снижение концентрации внимания	0,38	0,71
Тремор в теле	0,34	0,63
Сердцебиение	0,33	0,61
Снижение настроения	0,43	0,79
Нарушение сна	0,40	0,74
Снижение энергичности	0,57	0,94
Выраженная усталость к концу рабочего дня	0,71	1,0
Снижение аппетита	0,38	0,71
Сдавление в груди	0,38	0,53
Подавленность и угнетенность	0,58	0,94
Трудность в выполнении любой работы	0,51	0,92
Навязчивости	0,28	0,53
Страх заболеть тяжелым заболеванием	0,32	0,68
Гиперестезия к громким звукам и яркому свету	0,41	0,76
Головные боли и головокружения	0,49	0,92
Кошмарные сновидения	0,33	0,61
Тревога	0,36	0,66
Комок в горле при волнениях	0,31	0,58
Эмоциональная лабильность и невозможность сдерживать слезы	0,58	0,92

кошмарными сновидениями, сердцебиением, комком в горле при волнениях, навязчивостями, сдавлением в груди.

Таким образом, у обследованных, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.10) корре-

лирует с проявлениями астенического симптомокомплекса, а синдром зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20) более тесно, чем употребление алкоголя с вредными последствиями, связан с наличием астенических проявлений, обнаруживая, кроме того, несвойственные употреблению

с вредными последствиями корреляции с депрессивными и тревожными симптомами, а также навязчивостями.

Проанализировав данные о корреляционной связи изученных непсихотических психопатологических симптомов (психических проявлений) во всех трех группах обследованных (в том числе, – с психиатрической нозологией (расстройством адаптации, неврастением и тревожно-фобическим расстройством) и нозологическими (F10.10 и F10.20) формами употребления пива) можно сделать следующие выводы.

Во второй группе обследованных с непсихотическими психическими расстройствами на фоне донозологического употребления пива наблюдается преобладание корреляций весьма высокой ($0,9 < r < 1$) и высокой ($0,7 < r < 0,9$) тесноты психопатологических симптомов с тревожно-фобическим расстройством (F40-F42) и расстройством адаптации (F43.22), а с диагнозом неврастения (F48.0) – заметной ($0,5 < r < 0,7$) и умеренной умеренной ($0,3 < r < 0,5$) тесноты. В третьей группе обследованных с наличием непсихотических психических расстройств (клинические диагнозы из группы F4) и коморбидной наркологической патологии наблюдается, как и во второй группе, весьма высокая и высокая теснота связи психопатологических симптомов с тревожно-фобическим расстройством (F40-F42), но несколько меньшая, в целом, теснота связи – с расстройством адаптации (F43.22). При этом, при неврастении (F48.0) связей весьма высокой и высокой тесноты оказалось больше, чем во второй группе. Специфика всех непсихотических психических расстройств во второй группе, вне зависимости от их нозологических отличий, представлена отчетливостью проявлений как астенической, так и астено-депрессивной симптоматики. При нозологически очерченных формах употребления пива в молодом возрасте (третья группа) расстройства адаптации характеризует доминирование астено-депрессивной симптоматики, неврастению – астенических проявлений, тревожно-фобические расстройства – собственно тревожно-фобической клинической картины на астеническом фоне. При этом, неврастения обнаружила одинаковую корреляционную связь высокой тесноты с наличием как синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), так и употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.10),

расстройства адаптации – высокую тесноту связи с наличием синдрома зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20), тревожно-фобические расстройства – заметную тесноту связи с синдромом зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20).

Отмечены следующие положительные корреляции психических проявлений (в первой группе обследования) и психопатологических симптомов (во второй группе) с донозологическими формами употребления пива. В первой группе преобладают отмечаются корреляции весьма высокой, высокой и заметной тесноты между представленными психическими проявлениями и формой донозологического употребления алкоголя «ситуационно пьющие», а при форме «случайно пьющие» есть корреляции заметной тесноты, и в единичном случае (снижение энергичности) – высокой тесноты. У не употребляющих спиртные напитки в первой группе корреляционных связей более чем умеренной тесноты с непсихотическими симптомами не выявлено. Таким образом, при донозологических формах употребления пива здоровыми лицами молодого возраста увеличение интенсивности алкоголизации проявляется её большей связью со снижением энергичности (в особенности), трудностью в выполнении работы, тревогой, головными болями и головокружениями, подавленностью и угнетенностью, снижением настроения. Во второй группе исследуемых очень высокая и высокая теснота корреляционной связи психопатологических симптомов преобладает при форме донозологического употребления пива «привычно пьющие» и представлена у систематически пьющих, высокая и заметная теснота отмечена у ситуационно пьющих, заметная (при единичном симптоме) – у случайно пьющих, а между донозологической формой не употребляющих спиртные напитки и психопатологическими симптомами отмечена лишь слабая теснота корреляционной связи. Таким образом, у обследованных с наличием непсихотических психических расстройств психопатологические симптомы обнаружили отчетливую зависимость от тяжести донозологической алкоголизации: астенические проявления усиливаются от группы случайно пьющих до привычно пьющих, депрессивные и тревожные – от ситуационно пьющих до привычно пьющих; у привычно пьющих выявлена также высокая теснота связи с навязчивостями. При непсихотических психических

расстройств, кроме того, обращает на себя внимание наличие наиболее тяжёлых форм донозологического употребления алкоголя (систематически и привычно пьющие), отсутствующих у обследованных без нозологически очерченной психической патологии (в первой группе).

При анализе корреляций непсихотических психопатологических симптомов с нозологическими формами употребления алкоголя (F10.10 и F10.20) в третьей группе обследованных установлено, что очень высокая и высокая теснота связи симптомов характеризует синдром зависимости от алкоголя (F10.20), а при употреблении алкоголя с вредными последствиями (F10.10) наблюдаются корреляционные связи высокой и умеренной тесноты непсихотических симптомов с данной нозологической патологией. У обследованных, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, употребление алкоголя с

вредными последствиями (F10.10) коррелирует с проявлениями астенического симптомокомплекса, а синдром зависимости в результате употребления алкоголя (F10.20) более тесно, чем употребление алкоголя с вредными последствиями, связан с наличием астенических проявлений, обнаруживая, кроме того, несвойственные употреблению с вредными последствиями корреляции с депрессивными и тревожными симптомами, а также с навязчивостями.

Таким образом, показан анализ корреляционных связей непсихотических психопатологических симптомов (психических проявлений) у обследованных лиц молодого возраста и выявлен характер связи непсихотической психопатологической симптоматики с наличием диагнозов неврастении, расстройств адаптации, тревожно-фобических расстройств, а также с различными формами употребления пива в анализируемых группах исследования.

Побережная Н.В.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПСИХИАТРИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ И РАЗНЫМИ ФОРМАМИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВА, ВКЛЮЧАЯ КОМОРИДНУЮ НОЗОЛОГИЧЕСКУЮ АЛКОГОЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Анализ корреляционных связей непсихотических психопатологических симптомов (психических проявлений) у обследованных лиц молодого возраста при помощи вычисления коэффициента корреляции r -Пирсона позволил выявить характер связи непсихотической психопатологической симптоматики с наличием диагнозов неврастении, расстройств адаптации, тревожно-фобических расстройств, а также с различными формами употребления пива в анализируемых группах исследования.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, злоупотребление алкоголем, употребление алкоголя с вредными последствиями, синдром зависимости от алкоголя

Poberezhnaya N.V.

CORRELATION LINKS OF NON-PSYCHOTIC PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS WITH CLINICAL PSYCHIATRIC DIAGNOSES AND DIFFERENT FORMS OF BEER DRINKING, INCLUDING COMORBID NOSOLOGICAL ALCOHOLIC PATHOLOGY

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The analysis of correlations of nonpsychotic psychopathological symptoms (mental manifestations) in the examined young people by calculating the correlation coefficient r -Pearson made it possible to reveal the nature of the relationship of nonpsychotic psychopathological symptoms with the presence of diagnoses of neurasthenia, adjustment disorders, anxiety-phobic disorders, as well as with various forms of beer drinking in the analyzed study groups. Keywords: non-psychotic mental disorders, beer, alcohol abuse, harmful use of alcohol, alcohol dependence syndrome

Keywords: non-psychotic mental disorders, alcohol abuse, harmful alcohol use, alcohol dependence syndrome

Литература

1. Шилякова А.Ю. Подростковый алкоголизм. Гуманитарные научные исследования. 2013; 6. URL: <http://human.snauka.ru/2013/06/3232/> (дата обращения: 25.06.2019).
2. Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G. et al. Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2014: Volume II, College Students and Adults Ages 19-55. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2015.
3. Cranford J.A., Eisenberg D., Serras A.M. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addict Behav.* 2009; 34: 134 - 145.
4. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990; 264: 2511 - 2518.

References

1. Shilyakova A.Yu. Podrozkovyi alkogolizm [Teenage alcoholism]. Gumanitarnye nauchnye issledovaniya. 2013; 6. Available at: <http://human.snauka.ru/2013/06/3232/> (accessed: 25.05.2019) (in Russian).
2. Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G. et al. Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2014: Volume II, College Students and Adults Ages 19-55. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research, The University of Michigan; 2015.
3. Cranford J.A., Eisenberg D., Serras A.M. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addict Behav.* 2009; 34: 134 - 145.
4. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S. et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA.* 1990; 264: 2511 - 2518.

Поступила в редакцию 11.02.2020

Порядок направления, рецензирования и опубликования статей

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word (95-2003), формат файлов *.doc или *.rtf. Рукопись должна быть тщательно проверена и отредактирована автором.

Форматирование: лист – 210x297 мм (формат А4), ориентация книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура «Times New Roman», размер шрифта 14 пт, межстрочный интервал полуторный, абзацный отступ 12 мм.

Структура статьи:

- УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа
- Текст статьи
- Резюме на русском и английском языках
- Список литературных источников (Литература + References)

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

- Вступление
- Цель работы
- Материал и методы
- Результаты и обсуждение
- Выводы или Заключение.

Текст клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и по истории медицины и др. могут оформляться иначе.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, передовых, обзорных и дискуссионных статей – не более 15 страниц, наблюдений из практики и рецензий – не более 3 страниц.

Если в статье имеется описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального) или Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. При изложении экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть разъяснены только в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В аббревиатурах используются заглавные буквы.

Таблицы должны иметь заголовки и сквозную нумерацию в порядке их первого упоминания в тексте нумера-

цию, обозначаемую арабскими цифрами без знака номера (например, Таблица 1). В тексте ссылки на таблицы даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (табл. 1.). Если таблица одна, то она не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. табл.).

Заголовок таблиц должен отражать ее основное содержание. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже по центру дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Сокращения, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5). Таблицы размещают после текста статьи и списка процитированной литературы.

Весь иллюстративный материал (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG» или «TIFF» с разрешением 300-600 пикселей на дюйм в 256 градациях серого цвета для фотографий и 600 пикселей на дюйм для рисунков (2 цвета). Цветные изображения не публикуются. Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (рис. 1.). Если рисунок один, то он не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. рис.).

Рисунки сопровождаются подрисуночными подписями, включающими номер, название иллюстрации и, при необходимости, условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения (например: по оси абсцисс – время, прошедшее после психотравмирующей ситуации, сут., по оси ординат – показатели шкалы общей интернальности, стены).

Список процитированной литературы (Литература). Для удобства авторов и стилистического единообразия оформление библиографии как отечественных, так и зарубежных источников, должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии AMA (AMA style, <http://www.amamanualofstyle.com>). Все работы в списке перечисляются в порядке их цитирования, каждый источник с новой строки под порядковым номером с указанием DOI

(если таковой имеется). В оригинальных статьях желательно цитировать не более 30 источников, в обзорах литературы – не более 60, в других материалах – до 15.

Каждый использованный литературный источник должен быть отражен в тексте статьи. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Если источников несколько, то ссылку оформляют следующим образом: [1, 3, 5-9, 25]. Если ссылку приводят на конкретный фрагмент текста монографии, учебного пособия, книги или автореферата диссертации, то в отсылке указывают порядковый номер и страницы, на которых помещен объект ссылки, сведения разделяют запятой, например: [10, с. 18].

Автор несет полную ответственность за точность данных, приведенных в пристатейном списке литературы. В списке литературы ссылки на неопубликованные или находящиеся в печати работы не допускаются.

Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

Транслитерируются фамилии авторов и русскоязычные названия источников. Переводятся на английский язык названия статей, книг, монографий, сборников статей, конференций с указанием в квадратных скобках. Выходные данные транслитерируются. В конце указывается (in Russian).

Ссылки на материалы конференций должны содержать выделенное курсивом название конференции на языке оригинала (в транслитерации). В скобках дается перевод названия на английский язык. Выходные данные (место и год проведения конференции, место издания, страницы) должны быть представлены на английском языке.

При ссылке на электронные источники следует давать полный адрес (Available at:) и дату (accessed:), когда ссылка была доступной. Также

следует дать любую иную дополнительную информацию: DOI, имена авторов, даты, ссылки на источники публикации и т.д. Список литературы в латинице должен готовиться с помощью системы транслитерации на сайте <http://translit.net/>.

Кроме текста статьи авторы обязательно предоставляют структурированное резюме на русском и английском языках объемом 250-400 слов. В резюме должен быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения. Резюме должно отражать структуру статьи и содержать такие же разделы (цель исследования, материал и методы, результаты, заключение или выводы). В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры).

Авторское резюме к статье является основным источником информации для отечественных и зарубежных информационных систем и баз данных, индексирующих журнал. Резюме должно излагать только существенные факты работы. Читателю должна быть понятна суть исследования и необходимость обращения к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации.

При написании обзора, лекции, описании клинического случая или серии наблюдений прилагается неструктурированное резюме. Однако и в этом случае, авторам следует придерживаться порядка повествования, следуя от постановки вопроса к средствам и результатам его решения. Объем неструктурированного резюме не должен превышать 150 слов.

После каждого резюме приводят 3-7 ключевых слов в именительном падеже.

Сведения об авторах оформляются на отдельном листе статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

1. Ф.И.О. (полностью);
2. место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность;
3. ученая степень;
4. ученое звание;
5. почтовый адрес (с указанием индекса);
6. e-mail;
7. телефон (для связи).

Необходимо указать, с каким автором (если их несколько) следует вести переписку.

Отправка материалов для публикации
Материалы для публикации предпочтительно отправлять на электронную почту:
al_boychenko@mail.ru

Адрес редакции: 83008, г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР г. Донецка. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Тел./факс: (062) 277-14-54

E-mail: psihiatria@dnmu.ru, al_boychenko@mail.ru

Сайт: <http://psychiatry.dnmu.ru>