

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России**

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 66 (71)

Санкт-Петербург
2018

Редакционная коллегия

В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф., науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Р. Мизерене (Литва, Паланга, д-р мед. наук); В.А. Мильчакова (Санкт-Петербург, канд. психол. наук доцент); Н.А. Мухина (Санкт-Петербург, канд. мед. наук доцент); В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

Редакционный совет

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); А.А. Александров (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Ю.А. Александровский (Москва, д-р мед. наук проф.); Г.В. Ахметжанова (Тольятти, д-р пед. наук проф.); Е.Н. Ашанина (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); Р.М. Грановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.В. Змановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 513-67-97, 592-35-79

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2018
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2018

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 66 (71)

St. Petersburg
2018

Editorial Board

V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor); S.G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); R. Mizeriene (Palanga, Lithuania, Dr. Med. Sci.); V.A. Milchakova (St. Petersburg, PhD Psychol. Sci. Associate Prof.); N.A. Mukhina (St. Petersburg, PhD Med. Sci., Associate Prof.); V.Yu. Rybnikov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof.)

Editorial Council

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); A.A. Aleksandrov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); Yu.A. Aleksandrovskii (Moscow, Dr. Med. Sci. Prof.); G.V. Akhmetzhanova (Togliatti, Dr. Ed. Sci. Prof.); E.N. Ashanina (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); R.M. Granovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.V. Zmanovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2018

© International Institute of Human Potential Abilities, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Григорьев Г.И., Мизерене Р., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С. Оценка эффективности лечения рецидива алкоголизма после первой ремиссии	7
Курасов Е.С., Марченко А.А., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Колчев А.И. Психотерапевтическое лечение посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов	19
Орлов Ф.В., Николаев Е.Л., Иванов В.Г. Клинический случай психовегетативного синдрома: история заболевания и психотерапия глазами пациента	35
Евдокимов В.И., Чернов Д.А. Динамика психических расстройств у военнослужащих по призыву Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2016 гг.)	48
Чудиновских А.Г., Одинак М.М. Роль ученых кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии в становлении психиатрии и неврологии зарубежных странах	69
Мизерене Р., Мильчакова В.А., Мизерас С., Григорьев С.Г., Григорьев Г.И. К вопросу о мотивации при лечении алкоголизма	83
Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Шамрей В.К. Наукометрические показатели отечественных статей по боевому стрессу в Российском индексе научного цитирования (2008–2017 гг.) .	102

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Алехин А.Н., Грекова А.А. «Псевдопсихопатологические» формы мышления в современных условиях	137
Информация о журнале	152

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Grigoriev G.I., Mizerene R., Grigoriev S.G., Mil'chakova V.A., Mizeras S. Assessment of relapsed alcoholism treatment effectiveness after the first remission	7
Kurasov E.S., Marchenko A.A., Shamrey V.K., Nechiporenko V.V., Kolchev A.I. Psychotherapeutic treatment of posttraumatic stress disorders in combatants	19
Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanov V.G. Clinical case of psycho-vegetative syndrome: the history of disease and psychotherapy from the patient view	35
Evdokimov V.I., Chernov D.A. Dynamics of mental disorders among conscript servicemen of the Armed Forces of the Republic of Belarus (2003–2016)	48
Chudinovskikh A.G., Odinak M.M. Participation of the scholars of the mental and neural diseases Department of the Military Medical Academy in establishing psychiatry and neurology abroad	69
Mizerene R., Mil'chakova V.A., Mizeras S., Grigoriev S.G., Grigoriev G.I. To the question of motivation in treatment of alcoholism	83
Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu., Shamrey V.K. Scientific indicators of domestic articles on the battle stress in the Russian Science Citation Index (2008–2017)	102

MEDICAL PSYCHOLOGY

Alekhin A.N., Grekova A.A. «Pseudopsychopathic» forms of thinking in modern conditions	137
Information about the Journal	152

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89 : 615.851 Г.И. Григорьев^{1,4}, Р. Мизерене², С.Г. Григорьев³,
В.А. Мильчакова^{1,4}, С. Мизерас⁴

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА АЛКОГОЛИЗМА ПОСЛЕ ПЕРВОЙ РЕМИССИИ

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41)

² Психотерапевтический кабинет
(Литовская Республика, г. Кретинга, ул. Кястучио, д. 18)

³ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

⁴ Международный институт резервных возможностей человека
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11)

Впервые проведен анализ результатов повторного лечения больных алкоголизмом, ранее лечившихся в Международном институте резервных возможностей человека с использованием духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка, превративших первую ремиссию и повторно обратившихся за медико-психологической помощью в Международный институт резервных возможностей человека. Исследовательскую группу составил 10 651 пациент, пролеченный от алкоголизма не менее двух раз. В их числе оказалось 89,0 % мужчин и 11,0 % женщин. Кагамнестическим наблюдением охвачено 9455 человек (88,8 % от всех повторно пролеченных больных). Оценка эффективности прово-

Григорьев Григорий Игоревич – д-р мед. наук проф., проф. каф. общ., мед. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, директор Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

Мизерене Рута – д-р медицины, врач-психиатр, директор Психотерапевтического кабинета (Литовская Республика, 97163, г. Кретинга, ул. Кястучио, д. 18); e-mail: meshkelis@yandex.ru;

✉ Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук проф., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Мильчакова Валентина Александровна – канд. психол. наук доц., каф. общ., медиц. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Мизерас Саулюс – канд. психол. наук, врач-психиатр, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), e-mail: sauliusm@yandex.ru.

дидась с использованием анализа времени жизни. Сравнивая динамику срывов ремиссии больными после первого и второго лечения выяснилось, что в период до 5 лет с большей интенсивностью ремиссию прерывали больные после второго лечения. Так, из их числа годовую ремиссию сохранили 58,8 %, двухлетнюю – 44,0 %, в то время как после первого лечения с годовой ремиссией оказалось 64,7 %, а с двухлетней – 50,4 % от числа этих же пациентов. Однако к 5-летнему сроку наблюдения доли сохранивших ремиссию в обеих группах практически сравнялись и составили около 29 %. В дальнейшем более интенсивно прерывали ремиссию пациенты после первого лечения. Через 10 лет их осталось в ремиссии 16,5 %, в то время как таких пациентов после второго лечения оказалось 21,3 %. Мнение о том, что повторное лечение алкоголизма менее эффективно, чем первое лечение, в нашей практике подтверждения не нашло.

Ключевые слова: алкоголизм, ремиссия при алкоголизме, рецидив при алкоголизме, духовно ориентированная психотерапия, Международный институт резервных возможностей человека, повторное лечение алкоголизма.

Введение

Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о недостаточной эффективности лечения больных алкоголизмом [1, 2, 4, 7, 8, 11–14]. Большинство больных вновь начинают злоупотреблять спиртными напитками в первые два года после лечения. Не всегда первая же попытка употребления спиртных напитков в ремиссии приводит к рецидиву алкоголизма. Свое определенное содержание имеют и такие понятия, как «срыв» и «критическая доза». Срывом считается эпизодическое употребление спиртных напитков во время ремиссии, не приводящее к возобновлению основных симптомов алкоголизма (потеря контроля, опохмеление и др.). Однако повторные срывы, создающие иллюзию возможности употребления небольших доз спиртных напитков, неминуемо приводят к рецидиву.

Рецидивом называется возобновление злоупотребления алкоголем в тех же или в еще более тяжелых формах, чем до лечения. Даже после многолетнего воздержания все симптомы алкоголизма проявляются вновь после возобновления пьянства. Причины рецидивов алкоголизма в большинстве случаев следующие:

- 1) отсутствие у больного желания прекратить употребление спиртных напитков; отрицательное влияние окружающей среды, которому больной постоянно должен оказывать сопротивление;

- 2) различные психогенные моменты, связанные с семейными и служебными неприятностями и пр., которые могут быть лишь поводом для реализации скрытого влечения к алкоголю, скрытого желания возобновить употребление спиртных напитков;

3) попытки больного «проверить» эффективность лечения, убедиться в том, что возможно «умеренное» употребление спиртных напитков;

4) возникающее после более или менее длительного воздержания от алкоголя состояние тревоги, расстройства сна, повышенная раздражительность, сопровождающиеся влечением к алкоголю и ведущие к прекращению поддерживающего лечения.

В наркологии прекрасно изучен и описан такой важный признак лечения зависимостей, как длительность ремиссии после первого лечения от алкоголизма [1, 5, 7, 10, 13].

Однако вопросы длительности ремиссии при повторном лечении от алкоголизма после рецидива мало освящены в медицинской литературе.

В Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ), основанном в 1988 г., используется психотерапевтический метод лечения алкоголизма – духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зорока (ДОПЦЗ), методология которого включает данные естественно-научного познания и этические нормы христианства. Метод обеспечивает высокое качество психотерапевтических результатов [6]. МИРВЧ начал свою деятельность в 1988 г., и в период до 2015 г. в Институте пролечилось 65 507 человек, обратившихся по поводу зависимости от алкоголя: мужчин – 55 968 (85,4 %), женщин – 9539 (14,6 %). Они все получили многократную психотерапевтическую помощь, но в первый раз всегда оказывалась помощь по поводу алкоголизма. В дальнейшем больные алкоголизмом могли повторно лечиться от алкоголизма после наступившего рецидива или обращаться по поводу других зависимостей, находясь в ремиссии по поводу алкоголизма. Анализируя поведение больных алкоголизмом в течение нескольких десятилетий, мы всех их разделили на три группы. В 1-ю вошли пациенты (52 934 человека) лечившиеся однократно по поводу алкоголизма, во 2-ю группу – пациенты (10 651 человек), лечившиеся несколько раз по поводу алкоголизма после наступившего рецидива, в 3-ю – 1922 пациента, лечившиеся первично от алкоголизма, а затем и от других зависимостей (никотинизма, ожирения, наркомании или азартных игр) [4].

В статье «Повторные обращения больных алкоголизмом за психотерапевтической помощью» [4] дана клиническая и психологически установочная характеристика, приведена оценка длительности ремиссии и длительности рецидивов, изучена связь длительности ремиссии и длительности рецидива со сроком взятого зорока, определены сроки обращения за лечебно-психологической помощью после начала рецидива, вскрыты ос-

новные причины нарушения зорока в группах больных, повторно обратившихся за психотерапевтической помощью в МИРВЧ по поводу алкоголизма.

Предлагаемая статья развивает эту тему и посвящена исследованию особенностей динамических характеристик сохранения ремиссии у больных, обратившихся в МИРВЧ за повторным лечением по поводу алкоголизма после срыва первой ремиссии.

Материал и методы

Исследовательскую группу составил 10 651 пациент, пролеченный от алкоголизма не менее двух раз. В их числе оказалось 89 % мужчин и 11 % женщин. Катамнестическим наблюдением охвачено 9455 человек (88,8 % от всех повторно пролеченных больных).

Оценка эффективности лечения проведена с помощью математико-статистического метода анализа времени выживания (Survival Analysis) [9, 15]. Выбор метода обусловлен тем, что длительность ремиссии соответствует особенностям данных, соответствующих понятию времени жизни и описывающих длительность пребывания изучаемых объектов в интересующем исследователя состоянии. В нашем случае это длительность пребывания в ремиссии.

Данные типа времени выживания имеют две характерные особенности, которые предопределяют специфику их анализа. Прежде всего, возможна неполнота данных из-за того, что некоторые больные уходят из-под наблюдения до завершения его срока. В нашем опыте для части пациентов по тем или иным причинам полные данные собрать было невозможно. Реальное же время пребывания таких больных в ремиссии может быть больше длительности наблюдения за ними. Описанный феномен в статистике называется цензурированием. Наличие цензурированных данных затрудняет оценку эффекта изучаемого воздействия на время выживания. Особенно эта трудность обнаруживает себя при характеристике отдаленных результатов лечения.

Другая особенность данных времени выживания – неадекватность распределения времени жизни статистической модели нормального закона распределения. Конкретный же вид распределения, как правило, неизвестен. Поэтому аппроксимация распределения времени выживания нормальным законом, явная или неявная (при использовании параметрических методов анализа), представляет угрозу для корректности статистических выводов.

В нашем исследовании использована возможность представления распределения данных длительности ремиссии в виде функции выживания по сохранению состояния ремиссии.

Результаты и их анализ

На наш взгляд, интересным представляется сравнение функций сохранения ремиссии у больных после первого и повторного лечения.

В табл. 1 и на рис. 1 представлена динамическая характеристика сохранения десятилетней ремиссии больными исследовательской группы после первого лечения. Считаем необходимым особо прокомментировать данные колонки «Количество цензурированных», включающую данные о пациентах, ушедших из-под наблюдения до завершения десятилетнего срока наблюдения (2805 человек – 29,7 %), а также о пациентах, сохранивших ремиссию в течение 10 лет и более (270 человек – 2,8 %). Таких пациентов в сумме оказалось 3075 человек, или 32,5 % от общего числа ка-тамнестически наблюдавшихся больных. 6380 человек (67,5 %) за время наблюдения ремиссию нарушили.

Таблица 1
Сохранение десятилетней ремиссии больными алкоголизмом
после первого лечения

Начало интервала, мес	Количество больных	Количество цензурированных на интервале	Количество срывов на интервале, n (%)	Доля сохранивших ремиссию к началу интервала, %
0	9455	0	3333 (35,3)	100
12	6122	820	1265 (22,1)	64,7
24	4037	242	769 (19,6)	50,4
36	3026	673	399 (14,8)	40,5
48	1954	67	285 (14,8)	34,5
60	1602	812	111 (9,3)	29,4
72	679	77	80 (12,5)	26,7
84	522	45	56 (11,2)	23,3
96	421	42	51 (12,8)	20,7
108	328	27	27 (8,6)	18,1
120	274	270	4 (2,9)	16,5

Наибольшая частота срывов наблюдалась в первые годы после лечения. За первый год наблюдения частота срывов составила 35,3 % (3333 че-

ловека), за 2-й год – 22,1 % (1265 человек). Наибольшая частота цензурированных случаев наблюдалась на втором, четвертом и шестом годах наблюдения: 820 человек – 26,7 %, 673 человека, или 21,9 %, и 812 человек, или 26,4 %, соответственно.

Таким образом, с учетом больных, о которых имелись достоверные сведения, что они сохранили ремиссию в течение 10 лет, а также тех пациентов, которые по различным причинам ушли из-под наблюдения, и удержавшихся в ремиссии более 10 лет (включенных в группу цензурированных), ремиссию в течение года и более после первого лечения сохранили 64,7 % пациентов, в течение 2 лет – 50,4 %, в течение 3 лет – 40,5 %, в течение 5 лет – 29,4 % и в течение 10 лет – 16,5 %.

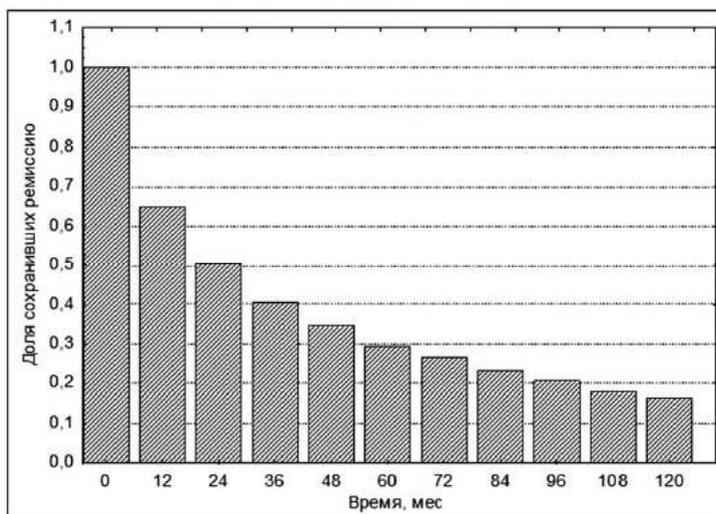


Рис. 1. Функция сохранения десятилетней ремиссии больными алкоголизмом после первого лечения

С десятилетним катамнезом после второго лечения по поводу алкоголизма оказалось 6289 человек (табл. 2). За 10-летний период из-под наблюдения ушли 2715 человек (43,2 %), из них на 10-м году – 137 человек (2,2 %). Ремиссию прервали 3574 человек (56,8 %) (табл. 2, рис. 2).

Наибольшая интенсивность срывов ремиссии и ухода из-под наблюдения оказалась в первые годы наблюдения. Тем не менее ремиссию в течение года сохранили 58,8 % больных, в течение 2 лет – 44,0 %, в течение 3 лет 36,4 %, а в течение 5 лет – 29,1 %. В дальнейшем интенсивность сры-

вов существенно уменьшилась, и 10-летнюю ремиссию сохранили 21,3 % пациентов.

Таблица 1
Сохранение десятилетней ремиссии больными алкоголизмом
после второго лечения

Начало интервала, мес	Количество больных	Количество цензурированных на интервале	Количество срывов на интервале, n (%)	Доля сохранивших ремиссию к началу интервала, %
0	6289	1183	2346 (41,2)	100,0
12	2760	380	646 (25,1)	58,8
24	1734	198	283 (17,3)	44,0
36	1253	279	131 (11,8)	36,4
48	843	98	75 (9,4)	32,1
60	670	270	38 (7,1)	29,1
72	362	61	19 (5,7)	27,0
84	282	42	16 (6,1)	25,5
96	224	34	7 (3,4)	23,9
108	183	33	13 (7,8)	23,1
120	137	137	0 (0,7)	21,3

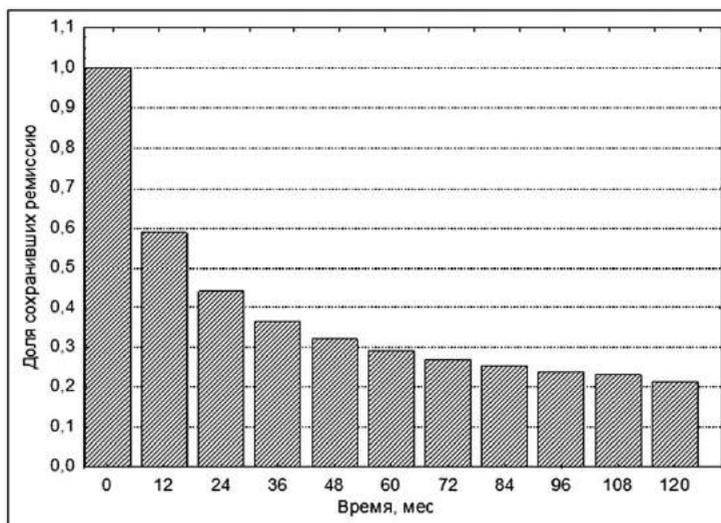


Рис. 2. Функция сохранения десятилетней ремиссии больными алкоголизмом после второго лечения

При сравнении динамики срывов ремиссии больными после первого и второго лечения (рис. 3) выяснилось, что в период до пяти лет с большей интенсивностью прерывали ремиссию больные после второго лечения. Так, из их числа годовую ремиссию сохранили 58,8 %, двухлетнюю – 44 %, в то время как после первого лечения с годовой ремиссией оказалось 64,7 %, а с двухлетней – 50,4 %. Однако к 5-летнему сроку наблюдения доли сохранивших ремиссию в обеих группах практически сравнялись и составили около 29 %. В дальнейшем более интенсивно прерывали ремиссию пациенты после первого лечения. Через 10 лет их осталось в ремиссии 16,5 %, в то время как таких пациентов после второго лечения оказалось 21,3 %.

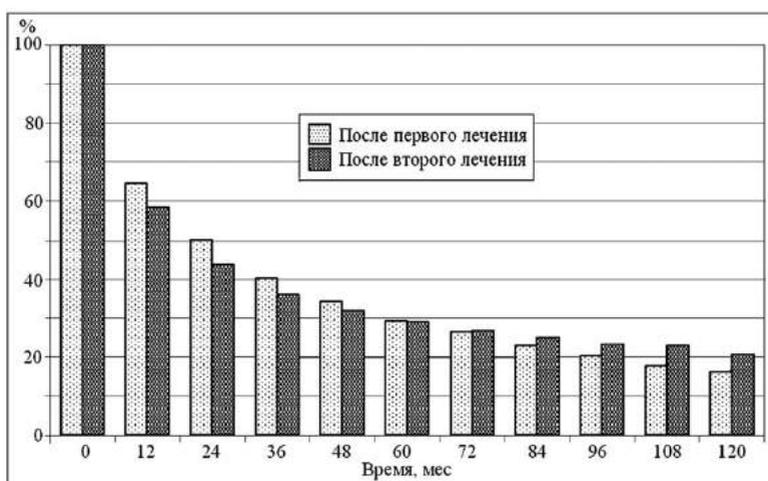


Рис. 3. Сравнительная динамическая характеристика сохранения ремиссии больными алкоголизмом после первого и второго лечения

Таким образом, устойчивое мнение о том, что эффективность повторных лечений алкоголизма менее значительна, чем первое лечение, в нашей практике подтверждения не нашло. При этом выявлены некоторые особенности функций сохранения ремиссии в этих группах больных. Так, больные, обратившиеся за повторным лечением, с большей интенсивностью прерывают ремиссию в первые годы после лечения, а больные, получившие психотерапевтическую помощь в МИРВЧ впервые, с большей интенсивностью срываются во втором периоде наблюдения – после 5 лет.

Литература

1. Гофман А.Г. Ремиссии у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 110–118.
2. Гофман А.Г. Рецидивы алкоголизма // Вопросы наркологии. – 2013. – № 4. – С. 119–124.
3. Григорьев Г.И. Грех как аддиктивное поведение: богословские основания и медико-психологический опыт исследования : монография. – СПб., 2014. – 472 с.
4. Григорьев Г.И., Григорьева А.Г., Мизерене Р. [и др.]. Повторные обращения больных алкоголизмом за психотерапевтической помощью // Вестник психотерапии. – 2017. – № 62 (67). – С. 7–24.
5. Григорьев Г. И., Григорьев С. Г., Мизерене Р. Пятилетняя ремиссия у больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапией в форме целебного зарока // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42. – С. 9–19.
6. Духовно ориентированная психотерапия / под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : ИИЦ ВМА, 2008. – 504 с.
7. Ерышев О.Ф. Этапы течения ремиссий при алкоголизме и профилактика рецидивов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 52 с.
8. Иванов В.В. Аномия как источник рецидива при алкоголизме // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. № 2 (16). – С. 128–132.
9. Кокс Д.Р., Оукс Д. Анализ данных типа времени жизни : пер. с англ. – М. : Финансы и статистика, 1988. – 191 с.
10. Меликсетян А.С. Особенности течения ремиссии у больных хроническим алкоголизмом // Наркология. – 2014. – Т. 13, № 12 (156). – С. 35–43.
11. Меликсетян А.С. Роль аффективных нарушений и других факторов в развитии рецидивов хронического алкоголизма : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 24 с.
12. Почитаева И.П. Факторы риска возникновения рецидивов у больных хроническим алкоголизмом // Наркология. – 2013. – Т. 12, № 8 (140). – С. 37–41.
13. Трусова А.В., Крупицкий Е.М., Скурат Е.П., Исмаилова Р.Д. Прогностическая значимость психосемантических характеристик в оценке длительности ремиссии у больных алкоголизмом после проведенного лечения // Вопросы наркологии. – 2017. – № 8. – С. 156–159.
14. Цыганков Б.Д., Клячин И.А., Шапов С.А. [и др.]. Предикторы рецидива алкоголизма // Наркология. – 2017. – Т. 16, № 11. – С. 88–91.
15. Юнкеров В.И. Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. 3-е изд., доп. – СПб. : ВМедА, 2011. – 318 с.

Поступила 15.03.2018

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Григорьев Г.И., Мизерене Р., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С. Оценка эффективности лечения рецидива алкоголизма после первой ремиссии // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 7–18.

ASSESSMENT OF RELAPSED ALCOHOLISM TREATMENT EFFECTIVENESS
AFTER THE FIRST REMISSION

Grigoreiv G.I.^{1,4}, Mizerene R.²,
Grigoriev S.G.³, Milchakova V.A.^{1,4}, Mizeras S.⁴

¹North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia)

²Psychotherapy office (Kyastuchio Str., 16, Kretinga, Republic Lithuania)

³Kirov Military Medical Academy

(Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, Russia)

⁴International Institute of Human Reserve Opportunities
(Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, Russia)

Grigorii Igorevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), Director, International Institute of Human Reserve Opportunities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: grigoriigi@hotmail.com;

Ruta Mizerene – D.M., psychiatrist, Director of Psychotherapy Office (Kyastuchio Str., 16, Kretinga, 97001, Republic Lithuania), e-mail: meshkelis@yandex.ru;

✉ Stepan Grigoryevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Senior Research Associate of the research center of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Valentina Aleksandrovna Milchakova – Cand. Psychol. Sci., Associate Professor, Associate Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, clinical psychologist, International Institute of Human Reserve Opportunities (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Saulius Mizeras – Cand. Psychol. Sci., psychiatrist, clinical psychologist, International Institute of Human Reserve Opportunities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: sauliusm@yandex.ru.

Abstract. For the first time, re-treatment results were analyzed in patients with alcoholism previously treated at the International Institute of Human Reserve Capabilities with the use of spiritually oriented psychotherapy in the form of a curative vow, who interrupted the first remission and re-applied for medical and psychological assistance to the International Institute of Human Reserve Capabilities. Study group consisted of 10 651 patients treated for alcoholism at least two times (89.0 % men and 11.0 % women). As many as 9,455 people (88.8 % of all re-treated patients) were fol-

lowed up. The effectiveness was assessed using the analysis of the lifetime. As for remission interruptions after the first and second treatment, they occurred more intensively after the second treatment during the period up to five years. In particular, 58.8 % and 44.0 % of the patients after the second treatment had 1-year and 2-year remissions, respectively, compared with 64.7 % and 50.4 % of patients, respectively, after the first treatment. However, at five years, the proportions of patients with remissions in both groups became similar (about 29 %). Later, remission interruptions were more intensive in patients after the first treatment. Ten years later, only 16.5 % of patients after the first treatment compared with 21.3 % of patients after the second treatment remained in remission. Therefore, the opinion that re-treatments of alcoholism are less effective than the first treatment has not been confirmed in our practice.

Keywords: alcoholism, remission in alcoholism, relapse in alcoholism, spiritually oriented psychotherapy, International Institute of Reserve Human Capabilities, re-treatment of alcoholism.

References

1. Gofman A.G. Remissii u bol'nykh alkogolizmom [Remissions in patients with alcoholism]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2013. N 4. Pp. 110–118. (In Russ)
2. Gofman A.G. Retsidivy alkogolizma [Relapses of alcoholism]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2013. N 4. Pp. 119–124. (In Russ)
3. Grigor'ev G.I. Grekh kak additivnoe povedenie: bogoslovskie osnovaniya i mediko-psikhologicheskii opyt issledovaniya [Sin as addictive behavior: theological foundations and medico-psychological experience of research]. Sankt-Peterburg. 2014. 472 p. (In Russ)
4. Grigor'ev G.I., Grigor'eva A.G., Mizerene R. [et al.]. Povtornye obrashcheniya bol'nykh alkogolizmom za psikhoterapevticheskoi pomoshch'yu [Repeated appeals of patients with alcoholism for psychotherapeutic assistance]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 62. Pp. 7–24. (In Russ)
5. Grigor'ev G.I., Grigor'ev S.G., Mizerene R. Pyatiletnyaya remissiya u bol'nykh alkogolizmom, prolechennykh metodom dukhovno orientirovannoi psikhoterapii v forme tselebnogo zaroka [Five-year remission in patients with alcoholism treated by the method of spiritually oriented psychotherapy in the form of a curative vow]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2012. N 42. Pp. 9–19. (In Russ)
6. Dukhovno orientirovannaya psikhoterapiya [Spiritually oriented psychotherapy]. Ed. G.I. Grigor'ev. Sankt-Peterburg. 2008. 504 p. (In Russ)
7. Eryshev O.F. Etapy techeniya remissii pri alkogolizme i profilaktika retsidivov [Stages of remission in alcoholism and the prevention of relapse] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1998. 52 p. (In Russ)
8. Ivanov V.V. Anomiya kak istochnik retsidiva pri alkogolizme [Anomie as a source of relapse in alcoholism]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology]. 2014. N 2. Pp. 128–132. (In Russ)
9. Koks D.R., Ouks D. Analiz dannyykh tipa vremeni zhizni [Analysis of data of lifetime type]. Moskva. 1988. 191 p. (In Russ)

10. Meliksetyan A.S. Osobennosti techeniya remissii u bol'nykh khronicheskim alkogolizmom [Features of the course of remission in patients with chronic alcoholism]. *Narkologiya* [Narcology]. 2014. Vol. 13, N 12. Pp. 35–43. (In Russ)

11. Meliksetyan A.S. Rol' affektivnykh narushenii i drugikh faktorov v razvitiu retsidivov khronicheskogo alkogolizma [The role of affective disorders and other factors in the development of chronic alcoholism relapses] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2011. 24 p. (In Russ)

12. Pochitaeva I.P. Faktory riska vozniknoveniya retsidivov u bol'nykh khronicheskim alkogolizmom [Risk factors for relapses in patients with chronic alcoholism]. *Narkologiya* [Narcology]. 2013. Vol. 12, N 8. Pp. 37–41. (In Russ)

13. Trusova A.V., Krupitskii E.M., Skurat E.P., Ismailova R.D. Prognosticheskaya znachimost' psikhosemanticheskikh kharakteristik v otsenke dlitel'nosti remissii u bol'nykh alkogolizmom posle provedennogo lecheniya [Predictational significance of psychosemantic characteristics for assessing duration of remission in patients with alcoholism after the treatment]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2017. N 8. Pp. 156–159. (In Russ)

14. Tsygankov B.D., Klyachin I.A., Shamov S.A. [et al.]. Prediktory retsidiva alkogolizma [Predictors of alcoholism relapses]. *Narkologiya* [Narcology]. 2017. Vol. 16, N 11. Pp. 88–91. (In Russ)

15. Yunkerov V.I. Grigor'ev S.G., Rezvantsev M.V. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematico-statistical processing of medical research data]. Sankt-Peterburg. 2011. 318 p. (In Russ)

Received 15.03.2018

For citing. Grigor'ev G.I., Mizerene R., Grigor'ev S.G., Mil'chakova V.A., Mizeras S. Otsenka effektivnosti lecheniya retsidiva alkogolizma posle pervoi remissii. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. Pp. 7–18.

Grigoriev G.I., Mizerene R., Grigoriev S.G., Mil'chakova V.A., Mizeras S. Assessment of relapsed alcoholism treatment effectiveness after the first remission. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. Pp. 7–18. (In Russ.)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Изучены электронные базы данных Российской национальной библиотеки, Научной электронной библиотеки, Национального медицинского центра биотехнологической информации (NCBI) США и библиографический указатель «Боевой стресс» (СПб., 2018) Проанализирован и обобщен современный опыт психотерапевтического лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов. Выделены основные методы, которые могут использоваться в процессе коррекции и терапии боевых стрессовых расстройств у этих лиц. Изучена оценка эффективности методов психотерапии в соответствии с уровневой шкалой доказательности (уровни А, В, С, D, E, F), установлена наибольшая эффективность применения когнитивно-поведенческой (в индивидуальном, групповом и семейном вариантах) и психодинамической психотерапии. Представлены особенности практического применения наиболее эффективных психотерапевтических методов лечения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая коррекция, боевой стресс, психиатрия, боевое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, комбатант.

✉ Курасов Евгений Сергеевич – д-р мед. наук доцент, каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: doc4678@mail.ru;

Марченко Андрей Александрович – д-р мед. наук проф., каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: andrew.marchenko@mail.ru;

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., гл. психиатр Минобороны России, зав. каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), shamreyv.k@yandex.ru;

Нечипоренко Валерий Владимирович – д-р мед. наук проф., каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Колчев Александр Иванович – д-р мед. наук проф., каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), a.kolchev@mail.ru.

Введение

Одно из первых упоминаний о боевой психической травме принадлежит Лукрецию (I в. до н. э.), который указал на наличие реминисценций как основного элемента травматического невроза у римских легионеров после их возвращения из военных походов. Первые научные описания психотравмирующего воздействия боевого стресса на психическое состояние комбатантов относятся ко второй половине XIX в. и основываются на результатах наблюдения за участниками гражданской войны между Севером и Югом в Северной Америке [3, 6].

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) в качестве самостоятельной нозологической формы впервые были включены в классификационный психиатрический стандарт DSM-III американскими исследователями в 1980 г., после анализа обширных наблюдений психических расстройств у ветеранов войны во Вьетнаме. До недавнего времени этот диагноз как нозологическая разновидность в группе «тревожных расстройств» существовал только в США. Только в 1992 г. ПТСР было введено и в МКБ-10, являющегося основным современным диагностическим стандартом [7, 10].

В целом же распространенность ПТСР среди населения колеблется в диапазоне от 1 до 14 %, причем в 1990-е гг. показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли [1]. В последние десятилетия, в связи со стремительно нарастающим количеством локальных вооруженных конфликтов и распространенностью посттравматических психических нарушений у комбатантов, высокую актуальность приобретает своевременная психотерапевтическая коррекция этих расстройств [9].

Цель исследования – проанализировать и обобщить современный опыт психотерапевтического лечения ПТСР у комбатантов.

Материал и методы

Объект исследования составили публикации по психотерапии ПТСР у комбатантов, представленные в электронных каталогах Российской национальной библиотеки (Санкт-Петербург) [<http://nlr.ru/poisk/>], базах данных Научной электронной библиотеки [<https://elibrary.ru/defaultx.asp>] и Национального медицинского центра биотехнологической информации (NCBI) США [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>].

Для поиска статей в сфере ПТСР у комбатантов использовали также библиографический указатель публикаций в сфере боевого стресса [4]. Аспекты психотерапевтического лечения нарушений психической адаптации

и ПТСР у специалистов экстремальных профессий анализировались в 71 статье, проиндексированной в Российском индексе научного цитирования в 2005–2017 гг.

Посттравматический стресс возникает как затяжная или отсроченная реакция на экстремальные ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Ведущим критерием ПТСР по МКБ-10 является подверженность больного как краткому, так и длительному воздействию стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера. Общие закономерности клинической динамики ПТСР не зависят от того, какие конкретно травматические события (боевые действия, террористический акт) послужили причиной тех или иных психологических нарушений. Главное, чтобы события эти носили экстраординарный характер, т. е. выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, чувства беспомощности и ужаса [2, 7].

Клиническая характеристика ПТСР представлена тремя группами симптомов: повторного переживания (симптомы «вторжения»), избегания и физиологической гиперактивности. 1-я группа симптомов включает навязчивые воспоминания («вспышки воспоминаний» – «flashback»), повторяющиеся кошмарные сновидения, интенсивные негативные переживания при столкновении с обстоятельствами, напоминающими (символизирующими) пережитое событие. 2-я – выражается «вытеснением» травматического опыта из сознания пострадавшего. При этом участники боевых действий стремятся не попадать в те ситуации, которые могли бы напомнить о пережитом, а также избегают всего, что прямо или косвенно может быть связано с пережитой психотравмой. 3-я, как правило, проявляется в нарушениях сна, раздражительности, деконцентрации внимания [1, 13].

Современные подходы к психотерапевтической коррекции ПТСР основаны на положениях, согласно которым психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку это целенаправленно ведет к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. Ключевым моментом психотерапии комбатанта с ПТСР является интеграция чуждого и неприемлемого, произошедшего с ним, в его «образ Я» и представление о себе. При этом психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам ПТСР: снижению уровня тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим [5, 12].

Результаты и их анализ

Основным правилом психотерапевтической работы с комбатантами с признаками ПТСР со стороны врача является принятие того темпа работы и самораскрытия пострадавшего, который предлагает он сам. В ряде случаев возникает необходимость информирования его ближайшего окружения (сослуживцев, семьи) по вопросам особенностей проводимой психотерапии. Так, порой необходимо разъяснение, почему врач активно вторгается в область воспоминаний и воспроизведения травматического опыта, в то время как окружающие невольно поддерживают свойственные пациенту «избегающие» стратегии поведения [10, 14].

Терапевтические отношения с комбатантом, страдающим ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом [5, 12]:

- постепенное формирование доверительного отношения с учетом того, что у пациента наблюдается отчетливая «утрата доверия к миру»;
- повышенная чувствительность по отношению к «формальностям» проведения терапии (отказ от «стандартных диагностических процедур» перед сеансом);
- создание надежного окружения во время проведения терапии;
- адекватное исполнение «ритуалов», которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности пациента;
- уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия (до начала терапии);
- обсуждение возможных источников опасности в реальной жизни и их нейтрализация.

После того как пострадавший подвергся воздействию травматических событий, его мысли и чувства могут быть болезненными и не совсем понятными ему самому, а реакции на обычные ситуации – необычными и пугающими. В связи с этим в настоящее время разработаны и подтверждены в практической деятельности следующие принципы психотерапии ПТСР:

1) нормализации – основной акцент при этом делается на том, что нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными (экстраординарными, катастрофическими) обстоятельствами боевой обстановки, переживает экстраординарные чувства. Началом терапии, таким образом, становится обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности. Это

может помочь комбатанту понять причины своих симптомов, их динамику и более активно участвовать в процессе психотерапии;

2) партнерства и повышения достоинства личности. Как известно, комбатанты с признаками ПТСР ранимы, склонны к самообвинению, чувству бессилия или повышенной агрессивности (переживания гибели сослуживцев, собственной «слабости»). Подобный стиль реагирования вызывает отторжение окружающих, усиливая ощущение собственной неадекватности и вины, приводит к снижению самооценки. Поэтому установление отношений сотрудничества является крайне необходимым;

3) индивидуальности (с учетом собственного пути восстановления после стресса). Общеизвестным является факт того, что чем больше времени прошло с момента получения боевой психической травмы, тем более высокий уровень квалификации требуется при оказании медико-психологической помощи. Это обусловлено тем, что посттравматический стресс все теснее связывается с другими психологическими проблемами и личностью пациента [2, 11].

Психотерапевтические методы, которые могут эффективно использоваться в процессе коррекции и терапии ПТСР у комбатантов, можно разделить на четыре группы (рисунок). Они представляют собой взаимодополняющую систему, в которой собственно психотерапевтические методы являются только одним из ее компонентов [1, 7].



Группы психотерапевтических методов ПТСР

В целях оценки эффективности описанных экспертами методов психотерапии ПТСР используется шкала, соответствующая классификации уровней доказательности Агентства по политике здравоохранения и исследованиям США из шести пунктов, и они основаны на [2, 12]:

A – рандомизированных, хорошо контролируемых клинических исследованиях лиц с ПТСР;

B – хорошо разработанных клинических исследованиях лиц с ПТСР без рандомизации или плацебо-сравнения;

C – естественных клинических исследованиях и наблюдениях, которые в достаточной мере подтверждают эффективность психотерапевтической техники или дают определенные рекомендации;

D – длительной и широко распространенной практике, которая не подвергалась эмпирической проверке при ПТСР;

Е – длительной практике ограниченной группы клиницистов, которая не подвергалась эмпирической проверке при ПТСР;

Е – недавно разработанном методе лечения, который не подвергался клинической или эмпирической проверке при ПТСР.

Каждый из перечисленных методов имеет свои определенные цели и особенности использования психотерапевтических техник (таблица).

Доказанная эффективность различных методов психотерапии ПТСР

Уровень доказательности А			
Когнитивно-поведенческая психотерапия	Десенсибилизация и переработка травмы движениями глаз	Групповая психотерапия и тренинг	Семейная психотерапия
Уровень доказательности В			
Психодинамическая психотерапия	Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия		
Уровень доказательности С			
Дебрифинг	Позитивная психотерапия		
Уровень доказательности D			
Арт-терапия	Гипносуггестивная психотерапия		
Уровень доказательности Е			
Гештальт-психотерапия	Рациональная психотерапия	Нейро-лингвистическое программирование	
Уровень доказательности F			
Символдрама	Телесно-ориентированная терапия		

Уровень доказательности А. Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). Все методы КПТ кризисных состояний условно можно разделить на «приемы кратковременного облегчения» и «способы долговременного овладения кризисом».

К 1-й группе относятся методы спонтанного расслабления, внутреннего отвлечения, внешнего отвлечения, позитивной самоинструкции, отреагирования и уменьшения дозы стресса. 2-я группа методов включает в себя систематическое расслабление, систематическое решение проблемы, изменение установок (рационально-эмоциональный тренинг), открытую беседу, десенсибилизацию и «мысленный стоп». Кроме того, для терапии ПТСР у комбатантов в структуре КПТ используются методы «биологической обратной связи» и «релаксационного тренинга», особенно показанные при ведущей аффективной патологии [2, 7].

Ослабление травматического инцидента (ОТИ). Этот метод относится к наиболее простым и достаточно эффективным способам коррекции

ПТСР у комбатантов. Его целью является достижение когнитивной переоценки травматического события. При этом акцент делается на нейтральности терапевта: пациенты являются своеобразными «обозревателями», психотерапевт – «фасилитатором», а сам процесс называется «просмотром». Техника ОТИ состоит в просмотре, визуализации, повторном проживании пережитой травмы. При этом процесс должен идти без прерываний, интерпретаций и одобрений. Общение с пациентом должно носить достаточно схематичный и четко определенный характер; при любой реакции психотерапевту необходимо оставаться нейтральным и невозмутимым. Основная задача ОТИ – добиться у комбатанта отчетливого воспоминания травматического события и, путем повторного многократного через него прохождения, достичь когнитивной переоценки события [7, 13].

Прогрессирующая мышечная релаксация по Джекобсону согласуется с представлениями о том, что мышечная релаксация является антифобическим фактором. В ходе выполнения заданий с помощью концентрации внимания у комбатанта сначала формируются способность улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления. Затем отрабатывается навык к произвольному расслаблению напряженных мышц. Упражнения начинаются с кратковременного 5–7-секундного напряжения в первой группе мышц, которые затем расслабляются. Внимание пациента сосредоточивается на уровне релаксации в этой части тела. Далее переходят ко 2-й группе и т. д. На заключительном этапе пациент после повседневного анализа локальных напряжений мышц, возникающих при тревоге, страхе и волнении, самостоятельно достигает мышечного расслабления и, таким образом, преодолевает эмоциональное напряжение [5, 6].

Методика аутогенной тренировки по Шульцу направлена на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенных в результате стрессового воздействия. У комбатантов с признаками ПТСР метод аутогенной тренировки наиболее показан при расстройствах неврастенического круга: общеневротическая симптоматика, нейровегетативные и нервосоматические синдромы при более высокой эффективности в случаях преобладания симпатического тонуса; нарушения сна, особенно засыпания; состояния тревоги, фобии и т. д. Основными элементами методики являются тренировка мышечной релаксации, самовнушение, самовоспитание [4, 7].

Десенсибилизация и переработки травмы движениями глаз по Ф. Шапиро (1995). Терапия состоит из следующих процедур: представле-

ние человеком травмирующей сцены, переживание чувства тревоги, когнитивной реконструкции и направляемых терапевтом саккадических движений глаз (специфичных для этой техники). При этом пациента просят сосредоточиться на травматическом воспоминании и попытаться воспроизвести все мысли, которые вызывает у него эта травма (например: «Я не могу ничего сделать» или «Я ничего не контролирую» и т. д.). Затем его просят представить боевую травмирующую сцену в более «сжатом» виде, сформулировать негативные мысли по поводу травмирующего воспоминания, сконцентрироваться на связанных с этими мыслями физических ощущениях и следить глазами за пальцем терапевта, ритмично движущемуся на расстоянии 30–35 см от его лица. После 24 саккадических движений пациента просят сделать глубокий вдох и отвлечься от переживания. Далее ему предлагается сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с воображаемой сценой, а также на позитивных мыслях (например: «Я сделал лучшее из того, что мог», «Все в прошлом» и т. д.). Терапевт оценивает состояние пациента по субъективной десятибалльной шкале дистресса, после чего принимается решение, вносить ли в сцену какие-либо изменения [2, 7].

Техника вскрывающих интервенций по Э. Фоа основана на предположении, что при посттравматическом стрессовом расстройстве действует страх стимулов, релевантных не только травме, но и воспоминаниям о ней. Из этого следует, что обращение пациента к вызывающим страх воспоминаниям (в воображении или непосредственно) должно приносить терапевтический эффект. Таким образом, суть метода заключается в том, чтобы помочь пострадавшему пережить заново травматические воспоминания и интегрировать их. Этой техникой снижают уровень дистресса, физиологической реактивности и навязчивых воспоминаний. Эффективность данного вида терапии убедительно продемонстрирована в работе с ветеранами войн и лицами, находившимися в зоне боевых действий. Метод эффективен для снятия таких симптомов посттравматического стресса, как психофизиологическая активация и реакция испуга, навязчивые мысли, ночные кошмары, агрессивность [5, 9].

Групповая психотерапия и тренинг рекомендуются как часть психотерапевтической программы лечения ПТСР. Наиболее эффективными являются: поддерживающая групповая терапия, когнитивно-поведенческая групповая психотерапия, психодинамическая групповая психотерапия. На этапе психологической реабилитации большое распространение получили тренинги управления стрессом и тренинги восстановления социальных навыков. Одним из достоинств групповой психотерапии является возмож-

ность оказания помощи большему (в сравнении с индивидуальной) количеству пациентов [3, 4, 11].

Семейная психотерапия является значимым вспомогательным, но не основным методом психотерапии ПТСР у комбатантов. Системная семейная психотерапия ориентирована на коррекцию нарушений семейной системы, возникших в результате болезни или смерти члена семьи. Доказано, что страдающие ПТСР ветераны войны демонстрируют высокий риск возникновения межличностных, в том числе семейных, проблем [7].

Уровень доказательности В. Психодинамическая психотерапия ориентируется на понимание психической травмы как результата недостижимости потребностей и влечений. Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает пострадавшего в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. Информация, будучи подверженной воздействию психологических защитных механизмов, навязчивым образом воспроизводится в памяти (флешбэки). Эмоции же, которым в постстрессовом синдроме принадлежит важная роль, являются по существу реакцией на интрапсихический конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения [2, 8].

Целью ускоренной динамической психотерапии ПТСР у комбатантов является помощь в переживании эмоций, которые ранее воспринимались им как непереносимые («ядерный» аффект, эмоции, связанные с выздоровлением и чувством резкого позитивного изменения). Техники ускоренной динамической психотерапии можно разделить на техники связи, реструктуризации и воздействия на переживание [6].

Техники связи направлены на актуализацию способностей пациента к открытой связи в условиях относительно безопасной психотерапии. Они сфокусированы на отношениях, устанавливающихся между пациентом и психотерапевтом, который убеждает комбатанта в необходимости открыто обсуждать любые чувства, касающиеся отношений между ними. Он систематически демонстрирует сопереживание и поддержку, а также собственную открытость для создания обстановки откровенности и интимности.

Техники реструктуризации позволяют специалисту быстро установить терапевтические отношения и поощряют пациента к распознаванию особенностей собственных реакций, связанных с восприятием и отношениями с другими людьми. Ускоренная динамическая психотерапия включает в себя также наблюдение за изменениями восприятия (открытость/за-

крытость, позитивные эмоции в сравнении с негативными), работу с различными аспектами межличностных отношений.

3-я группа техник предназначена для воздействия на переживание или (если аффект выявлен) на углубленный аффект с использованием сопутствующих психодинамических воздействий. Эти техники включают содействие истинным переживаниям, обозначение и ознакомление с аффективным восприятием, стремление к спецификации и детализации. Сюда же входят оценка соматических ощущений, связанных с эмоциональными реакциями, применение изображений для выявления динамических и эмпирических коррелятов воображаемых взаимодействий, облегчение скорби [8, 13, 14].

Уровень доказательности С. Позитивная психотерапия состоит из ряда психотерапевтических методов, базирующихся на принципе «выученного оптимизма/надежды». При психотерапии комбатантов с ПТСР акцент делается на технике позитивной реинтерпретации, позитивных аффирмациях, тренинге управления жизненными событиями, активно используются психотерапевтические метафоры. Одной из особенностей всех позитивных психотерапий является акцент на планировании будущих достижений [2].

Уровень доказательности D. Арт-терапия в основном используется для лечения отдаленных последствий ПТСР и представлена преимущественно терапией рисунком. Она заключается в рисовании на специально заданные темы с последующим обсуждением изображенного. Показано, что при психотерапии ПТСР следует проходить следующие этапы: «рисование» (фокусирование внимания на одном из аспектов проблемы), «диалог» (выражение собственных чувств, проблем, конфликтов на невербальном уровне) с последующим отреагированием негативных эмоций и страхов, связанных с психотравмирующей ситуацией [3,9].

В настоящее время гипносуггестивная психотерапия признана эффективным методом сохранения и восстановления психического здоровья после ПТСР по двум причинам:

- а) сходство между гипнотическими явлениями и симптомами ПТСР;
- б) эффективность гипноза как инструмента в лечении.

Гипносуггестивный подход обеспечивает контролируемый доступ к событиям памяти, которые ранее могли быть вытеснены в бессознательное. При этом новые области применения гипноза в психотерапии ПТСР включают обеспечение доступа к диссоциированным травматическим воспоминаниям с положительной их реструктуризацией.

Гипноз может использоваться для того, чтобы помочь пострадавшим прожить травматический опыт и включить его в новый контекст, признавая беспомощность во время травмы, а также связывая этот опыт и изменяя смысл воспоминаний. Пациенты также могут обучаться техникам самогипноза, которые позволяют им работать с травматическими воспоминаниями и тем самым уменьшить (устранить) спонтанные нежелательные флешбэки, положительно изменить самооценку, повысить телесный, эмоциональный комфорт, улучшить навыки преодоления и укрепить «чувство компетентности» [2].

Уровень доказательности E. Гештальт-терапия обычно используется в групповых методах работы, однако считается, что его использование при коррекции ПТСР более эффективно в рамках индивидуальной психотерапии. Неспособность комбатанта, перенесшего экстраординарную (боевую) психическую травму, ориентироваться в длительной жизненной перспективе (продолжение военной карьеры, создание семьи и т. д.) рассматривается при этом подходе как проявление ПТСР. Таким образом, речь идет о неспособности комбатанта выделять существенные потребности (фигуры) из общего фона. Его истинные потребности остаются за гранью осознания и могут подчас заменяться потребностями других людей.

В процессе гештальт-терапии с ПТСР акцент ставится не на понимании (интерпретации) пациента, не на попытках научить его определенным схемам поведения, а на переживании и максимальном расширении жизненного пространства и свободы выбора. Этот метод, основанный на осознании им своего жизненного (в том числе – и трагического) опыта по принципу «здесь и теперь», побуждает комбатанта лучше узнать себя и принять себя таковым, какой он есть на самом деле. Общей же целью гештальт-терапии является восстановление естественного, нормального контакта пострадавшего с окружающим миром, который при ПТСР чаще нарушается по защитным механизмам ретрофлексии («удержание в себе»), проекции («отказ от личной ответственности»), интроекции (позиция жертвы) и дефлексии («избегания контактов»). К основным процедурам гештальт-терапии при ПТСР относятся: расширение осознания, принятие ответственности, преодоление сопротивления, интеграция противоположностей и усиление внимания к чувствам [7, 13].

В целом же психотерапия комбатантов с признаками ПТСР, в зависимости от выраженности его психологической дезадаптации, может продолжаться от одного месяца до нескольких лет. Любой психотерапевтический процесс при ПТСР может быть условно разделен на три стадии:

– установление «безопасной атмосферы», т. е. доверительного, неформального контакта, дающего врачу право на «получение доступа» к тщательно охраняемому пациентом от посторонних вмешательств травматическому материалу;

– работа с конкретным «травматическим материалом», т. е. с воспоминаниями, переживаниями, с отрешенностью, избеганием, отчужденностью и т. п.;

– помощь пострадавшему в его личностном «отделении» от перенесенной травмы, в его постепенном включении в обыденную жизнь [6, 11].

Заключение

Таким образом, психотерапевтические методы (когнитивные, психодинамические, поведенческие и интегративные) в настоящее время занимают ведущее место в комплексном лечении комбатантов с ПТСР. Основными принципами психотерапии при этом являются комплексность мероприятий, индивидуальность (использование методов, исходя из индивидуальных особенностей личности пациента), дифференцированность (в зависимости от клинических проявлений, стадии варианта заболевания) и продолжительность во времени (длительная работа до достижения выздоровления или стойкого клинического улучшения).

От правильно построенной психотерапевтической работы с комбатантами с признаками посттравматического стресса зависит не только их психическое здоровье, но и профессиональное долголетие.

Литература

1. Агибалова Т.В. [и др.]. Посттравматическое стрессовое расстройство: междунар. коллектив. монография / под ред. Солдаткина В.А. – Ростов н/Д : Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
2. Архангельский А.Е. [и др.] ; Психотерапия : учеб. пособие / под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатова. – СПб. : СпецЛит, 2012. – С. 52–74.
3. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб. : Речь, 2006. – 248 с.
4. Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Шамрей В.К. Боевой стресс: наукометрич. анализ отечеств. публикаций (2005–2017 гг.) : науч. изд. / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, С.-Петерб. гос. ун-т. – СПб. : Политехника-принт, 2018. – 170 с.
5. Колесников С.Д. Современные подходы в психотерапии посттравматических стрессовых расстройств // Учен. зап. С.-Петерб. гос. ин-та психологии и соц. работы. – 2009. – № 1 (11). – С. 25–30

6. Колов С.А. Теоретические и эмпирические основания личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии у ветеранов боевых действий // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 33. – С. 40–54.

7. Корчемный П.А. Военная психология : учеб. для студентов вузов. – М. : Изд-во ОВЛ, 2005. – 317 с.

8. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.

9. Слабинский В.Ю. Современные подходы к психотерапии посттравматического стрессового расстройства // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности чрезв. ситуациях. – 2012. – № 1. – С. 89–97.

10. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. – М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2009. – 304 с.

11. Шойгу Ю.С. Научно-методологические положения оказания экстренной психологической помощи // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 33–38.

12. Garske G.G. Military-Related PTSD: A Focus on the Symptomatology and Treatment Approaches // The Journal of Rehabilitation. – 2011. – Vol. 77. – P. 31–36.

13. Seal K.H., Maguen S., Cohen B. [et al.] VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses // J. of Traumatic Stress. – 2010. – Vol. 23. – P. 5–16.

14. Simms, D.C., Gibson K., O'Donnell S. To Use or Not to Use: Clinicians' Perceptions of Telemental Health // Canadian Psychology. – 2011. – Vol. 52, N 1. – P. 41–51.

15. Spooon M.R., Murdoch M., Hodges J., Nugent S. Treatment receipt by veterans after a PTSD diagnosis in PTSD, mental health, or general medical clinic // Psychiatric Services. – 2010. – Vol. 61. – P. 58–63.

Поступила 13.05.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Курасов Е.С., Марченко А.А., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Колчев А.И. Психотерапевтическое лечение посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 19–34.

PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS IN COMBATANTS

Kurasov E.S., Marchenko A.A., Shamrey V.K., Nechiporenko V.V., Kolchev A.I.

Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia).

✉ Evgeny Sergeevich Kurasov – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: doc4678@mail.ru;

Andrey ALEksandrovich Marchenko – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: andrew.marchenko@mail.ru;

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

Valeriy Vladimirovich Nechiporenko – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia);

Aleksandr Ivanovich Kolchev – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: a.kolchev@mail.ru.

Abstract. Studied electronic database of the national library, Scientific electronic library, National medical center for bio-technology information (NCBI), the United States and bibliography of "combat stress" (St. Petersburg, 2018) Analyzed and summarized the experience of modern psychotherapeutic treatment of post-traumatic stress dis-ustroystv combatants. The main methods that can be used in the process of correction and therapy of combat stress disorders in these individuals are identified. The evaluation of the effectiveness of methods of psychotherapy in accordance with the level scale of evidence (levels A, B, C, D, E, F), the highest efficiency of cognitive behavioral (in the individual, group and family options) and psychodynamic psychotherapy. The features of practical application of the most effective psychotherapeutic methods of treatment of post-traumatic stress disorders in combatants are presented.

Keywords: psychotherapy, psychological correction. combat stress, psychiatry, combat stress disorder, post-traumatic stress disorder, combats.

References

1. Agibalova T.V. [et al.]. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo [Post-traumatic stress disorder]. Ed. Soldatkin V.A. Rostov na Donu. 2015. 624 p. (In Russ.)
2. Arkhangel'skiy A.E. [et al.]. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Eds.: V.K. Shamrey, V.I. Kurpatov. Sankt-Peterburg. 2012. 494 p. (In Russ.)
3. Bermant-Polyakova O.V. Posttravma: diagnostika i terapiya [Posttrauma: diagnosis and therapy]. Sankt-Peterburg. 2006. 248 p. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu., Shamrey V.K. Boevoy stress: nauko-metricheskoy analiz otechestvennykh publikatsiy (2005–2017 gg.) [Combat stress: scientometric analysis of domestic publications (2005–2017)]. Sankt-Peterburg. 2018. 170 p. (In Russ.)
5. Kolesnikov S.D. Sovremennye podkhody v psikhoterapii posttravmaticheskikh stressovykh rasstroystv [Modern approaches in psychotherapy of post-traumatic stress disorders]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noy raboty* [Scientific notes journal of the St. Petersburg state institute of psychology and social work]. 2009. N 1. Pp. 25–30. (In Russ.)

6. Kolov S.A. Teoreticheskie i empiricheskie osnovaniya lichnostno-orientirovannoy (rekonstruktivnoy) psikhoterapii u veteranov boevykh deystviy [Theoretical and empirical basis of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy for combat veterans] *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2010. N 33. Pp. 40–54. (In Russ.)

7. Korchemnyy P.A. Voennaya psikhologiya [Military psychology]. Moskva. 2005. 317 p. (In Russ.)

8. Malkina-Pykh I.G. Psikhologicheskaya pomoshch' v krizisnykh situatsiyakh [Psychological assistance in crisis situations]. Moskva. 2005. 960 p. (In Russ.)

9. Slabinskiy V.Yu. Sovremennyye podkhody k psikhoterapii posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva [Modern approaches to psychotherapy for post-traumatic stress disorder]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2012. N 1. Pp. 89–97. (In Russ.)

10. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: teoriya i praktika [Psychology of post-traumatic stress: theory and practice]. Moskva. 2009. 304 p. (In Russ.)

11. Shoygu Yu.S. Nauchno-metodologicheskie polozheniya okazaniya ekstremnoy psikhologicheskoy pomoshchi [Research and methodology issues of providing urgent psychological assistance]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2008. N 1. Pp. 33–38. (In Russ.)

12. Garske G.G. Military-Related PTSD: A Focus on the Symptomatology and Treatment Approaches. *The Journal of Rehabilitation*. 2011. Vol. 77. Pp. 31–36.

13. Seal K.H., Maguen S., Cohen B. [et al.]. VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses. *J. of Traumatic Stress*. 2010. Vol. 23. Pp. 5–16.

14. Simms, D.C., Gibson K., O'Donnell S. To Use or Not to Use: Clinicians' Perceptions of Telemental Health. *Canadian Psychology*. 2011. Vol. 52, N 1. Pp. 41–51.

15. Spont M.R., Murdoch M., Hodges J., Nugent S. Treatment receipt by veterans after a PTSD diagnosis in PTSD, mental health, or general medical clinic. *Psychiatric Services*. 2010. Vol. 61. Pp. 58–63.

Received 13.05.2018

For citing. Kurasov E.S., Marchenko A.A., Shamrey V.K., Nechiporenko V.V., Kolchev A.I. Psikhoterapevticheskoe lechenie posttravmaticheskikh stressovykh rasstroystv u kombatantov. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. Pp. 19–34. (In Russ.)

Kurasov E.S., Marchenko A.A., Shamrey V.K., Nechiporenko V.V., Kolchev A.I. Psychotherapeutic treatment of posttraumatic stress disorders in combatants. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. Pp. 19–34.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМА: ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
(Россия, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15)

Диагностическая квалификация психовегетативного синдрома является актуальной проблемой в медицине, поскольку вынесение диагностического решения определяет мишени терапии. В построении диагностической концепции полезным оказывается написание больным автобиографического отрывка, самописание больным своей истории болезни. В качестве примера приводится клиническое наблюдение пациента с соматическими жалобами в структуре невротического расстройства. В клиническом случае демонстрируется осуществление психотерапии с учетом симптоматического и лично ориентированного подходов.

Ключевые слова: психовегетативный синдром, психотерапия, арт-терапия, лично ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Введение

В настоящее время не вызывает сомнения возможность психогенного возникновения соматических симптомов, которые совершенно справедливо рассматривается не в рамках чисто биологического подхода, а в системе сложных биопсихосоциальных взаимодействий [4]. Тем не менее все еще существуют неоднозначные толкования природы некоторых соматических симптомов. В частности, до конца не решен вопрос отнесения психовегетативных расстройств к неврологическим или психическим заболеваниям [3]. В качестве официального диагноза по МКБ-10 для обозначения вегетативных расстройств неврологами используется код G 90 – расстройства вегетативной (автономной) нервной системы. Однако при формули-

✉ Орлов Фёдор Витальевич – канд. мед. наук доц., доц. каф. психиатрии, мед. психологии и неврологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15), e-mail: orlovf@yandex.ru;

Николаев Евгений Львович – д-р мед. наук проф., зав. каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15), ORCID 0000-0001-8976-715X, e-mail: pzdorovie@bk.ru;

Иванов Владимир Геннадьевич – аспирант каф. соц. и клинич. психологии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., 15), e-mail: vov.nds@yandex.ru.

ровке диагноза акцентирование исключительного внимания только на соматических или вегетативных симптомах значительно ограничивает диагностический процесс, потому снижает и эффективность лечения. Как показывает практика, большинство пациентов, предъявляя специалистам жалобы соматического характера, продолжают ходить от одного врача к другому, не получая должной помощи, остаются вне поля зрения психотерапевтов [5, 6].

Дисфункция вегетативной нервной системы чаще относится психиатрами и психотерапевтами к психическим расстройствам, описанным в МКБ-10 в рубрике F45 – соматоформные расстройства. В DSM-V психогенные, соматические симптомы, сопровождающиеся неадекватными мыслями, поведением, эмоциями, отнесены к психическим расстройствам рубрики «Соматические симптомы и связанные с ними расстройства» [5].

Постановка правильного диагноза заболевания необходима специалисту для определения тактики лечения. С другой стороны, с учетом того, что врачи склонны придавать большее значение тем аспектам состояния пациента, которые еще раз подтверждают предполагаемый диагноз, от их внимания могут ускользать те симптомы, на которых сам больной не акцентирует внимание. В то же время уже установленный диагноз в значительной мере может «суживать» видение личности пациента в целом. Традиционная схема истории заболевания не ориентирована на учет особенностей восприятия пациентом своего прошлого, настоящего и будущего. Информация, которую нам предоставляет пациент о своих симптомах, может быть искажена вследствие ее преломления через призму его переживаний. В результате опоры специалиста на формализованное описание ощущений, чувств и мыслей пациента и обозначения их медицинскими и психологическими терминами вне диагноза остается часть очень важной для оценки состояния пациента информации.

Следовательно, при вынесении диагностического решения и определении мишеней терапии необходимо учитывать все доступные для специалиста источники информации о состоянии пациента, в том числе и субъективные для пациента. При построении диагностической концепции заболевания, кроме обращения к психодиагностическим тестам, клинической беседе, оказывается полезным и написание самим больным автобиографического отрывка, позволяющего узнать субъективный мир мышления и чувств пациента [2]. Рисунки, выполненные пациентом, также служат богатым источником информации, помогают ему справиться с негативными эмоциями, уменьшить эмоциональное напряжение [1].

Материал и методы

В данной работе приведено клиническое наблюдение пациента М., около 10 лет страдающего психовегетативным синдромом. Оно основано на описании пациентом истории собственного заболевания, выполненное им по заданию психотерапевта в конце прохождения девятимесячного курса амбулаторного лечения. Представлены 8 рисунков, отражающих особенности графического представления пациента о своем актуальном состоянии в различные периоды прохождения лечения. Каждый раз пациента просили изобразить свою болезнь и свой страх, после чего проводилось обсуждение содержания и отношения пациента к этим изображениям.

Исследование проведено в рамках феноменологического анализа, интегрированного в систему лично ориентированного психотерапевтического подхода. Публикация материалов производится на основе письменного информированного согласия пациента.

Результаты и их анализ

Описание пациентом истории своего заболевания и лечения проиллюстрировано его собственными рисунками. Полностью сохранена стилистика письменной речи пациента.

«До того как заболеть, в январе 2001 г. я начал ощущать онемение верхнего века над правым глазом. Я думал, что отлежал эту сторону во время сна, но оно не проходило и в течение дня. Сначала я не придавал этому значения и не закикливался. В марте этого года на работе с начальником участка выпили самогон и водку, после чего начал сильно рвать. На утро мне стало очень плохо. Свое состояние связал с похмельем. Но мне становилось все хуже и хуже. Стала в малой форме кружиться голова, тошнило, рвало, не было сил. Также появилось чувство, как будто я теряю сознание, и мне становилось страшно. Я стал пугаться этого состояния.

Я долго не ходил в больницу, почти до мая месяца. Боялся, все же, что со мной? Потом я все-таки сходил к врачу, сделал анализы крови, УЗИ желудочно-кишечного тракта. За 2 недели до УЗИ думал, все прошло, выздоровел. Анализы крови были в норме, а по УЗИ только камень в желчном пузыре, случайная находка, до этого не жаловался на живот. А как узнал, что по УЗИ камень в желчном пузыре, и врач сказал, что надо делать операцию, я сильно испугался, даже плакал возле больницы. После УЗИ опять начал чувствовать себя плохо, кружилась голова, тошнило, рвало, пропал аппетит, не мог есть, стал плохо спать. Потом стало еще хуже, появилась тревога, страх перед чем-то непонятным, организм стало “тере-

бить”. В общем, я перестал спать, ночью ходил по квартире туда-сюда, от чего становилось немного легче. Стоило присесть – становилось плохо, все тело было в напряжении. Очень сильно плакал и боялся, что умру. Начал сильно уходить в болезнь. Были все симптомы ВСД (невроза), но я про это не знал. (Свое состояние на данном этапе пациент отразил на рис. 1, расшифровка далее в тексте.)

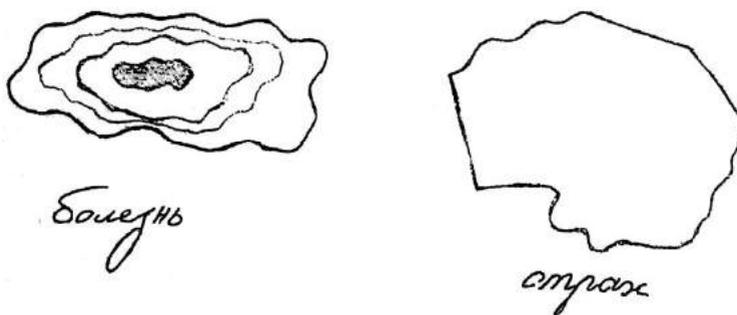


Рис. 1. Тревожное отношение к болезни

Потом я поехал в Я. к хирургу, знакомому моего дяди, который сказал, что это не страшно, с этим можно жить, если не беспокоит. При очередном обращении к врачу обнаружили маленькие камни в почках, в связи с чем лечился в стационаре, пил минеральную воду. Казалось, вылечился.

Однако становилось все хуже и хуже. По анализам крови все было в норме. В июне поехал на родину в С., решил пройти обследование у врачей в С. Обратился к нейрохирургу, сделал МРТ головного мозга – все в норме. Невролог выставил диагноз “Вегетативно-сосудистая дистония, неврастения”. Назначил лечение. После всего лечения я думал, что умру. Меня так сильно стало ломать, “теребить” организм, даже забыл, что такое спать, никого не хотелось видеть кроме матери. Мне стало очень плохо и становилось все хуже. Опять обнаружили маленькие камни. Приехал обратно домой в К. в сопровождении родителей. Меня вылечили от камней.

Параллельно я все же нашел через людей врача-психотерапевта. Когда я пришел к нему, я сильно плакал. После того как он изучил результаты исследований и все заключения, сказал, что “выздоровеешь, это от нервов, от ВСД ты не умрешь”. После этих слов вечером выпил только половину таблетки феназема, но так хорошо спал. Врач назначил антиде-

прессанты. Стало возвращаться здоровье, только очень медленно. Ведь меня так сильно измотала болезнь, что я почти все время только спал.

Некоторые симптомы исчезали, а другие в малой форме появлялись. Дело в том, что после перенесенного ВСД стал сильно заикливаться на своих симптомах, выздоровел только на 50 %. А остальное все сохранялось (рис. 2).

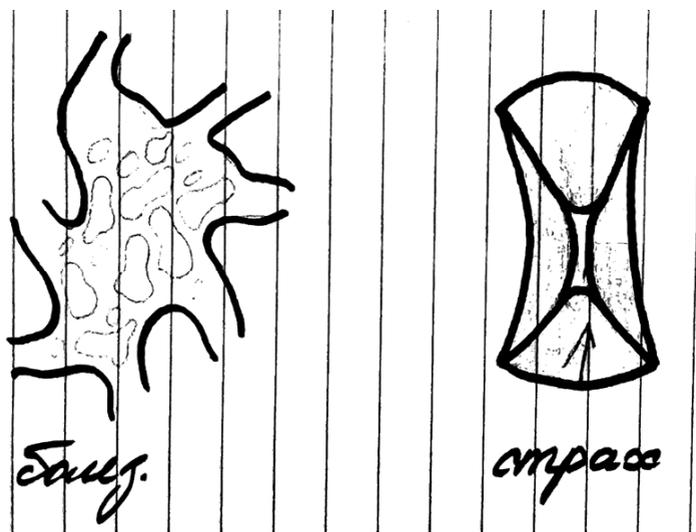


Рис. 2. «Выпускники» симптомов и «свет в конце туннеля»

Пил таблетки, себя настраивал, как учил врач, но все как бы тормозилось на месте. Оказывается, как я сейчас понимаю, процесс шел медленно. Я про это тогда не знал, что лечение может длиться долго. Я думал, попью таблетки и выздоровею. Организм стал играть, то хорошо, то плохо. Иногда становилось очень хорошо и как будто выздоровел, потом опять плохо. Так же вели себя и проявлялись симптомы (рис. 3).

Некоторые симптомы вообще исчезли. Но я продолжал заикливаться и думать о симптомах. Переключаться получалось плохо. Мне иногда становилось легче даже от слов психотерапевта. Потом опять становилось плохо. Плохо – это моя “теребленность”, ломота организма, головокружение. Я, конечно, понимал, что только мучаю врача, жалуясь на свои симптомы, но психотерапевт продолжал мне вбивать в голову, что все будет

хорошо. Я мысленно незаметно себя настраивал в позитив, и мне становилось легче.

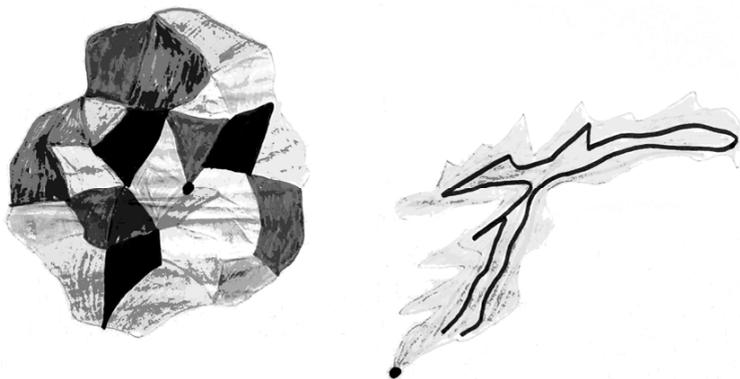


Рис. 3. «Страшные» симптомы в окружении

Но как-то изнутри, при появлении любой симптоматики я вновь начинал про это думать, однако осознавая, что это невроз. Я уже перебрал все симптомы по организму. Но при появлении ощущений, где их раньше не было, и появлении незначительных болей я снова анализирую, думаю. Но все же звоню к психотерапевту, после чего мне становится легче. В общем, я могу себя загнать, а также обратно вытащить, но при этом боюсь звонком к психотерапевту. В мыслях я уже настроен, но не полностью. Стал немного понимать, изучать себя, свой характер, свой позитив. А что интересно, появились планы на будущее. После всего у меня даже сын родился.

Такое чувство, что отходит это все с 2011 г. медленно (рис. 4, 5). Но то, что психотерапевт говорит, что это невроз и ничего страшного, меня успокаивает. И я уже не так боюсь, и не тот у меня страх, какой был. Все же я иногда чувствую напряжение в теле, что возникает вследствие моих мелких симптомов. Организму становится то легче, то плохо. Но сейчас не так, как раньше (рис 6).

От того как я мысли поведу или настрою организм на позитив, так и ведут мои некоторые симптомы (я это очень стал замечать). И все, что происходит со мной, я понимаю – это мой характер и стараюсь его менять» (рис. 7).

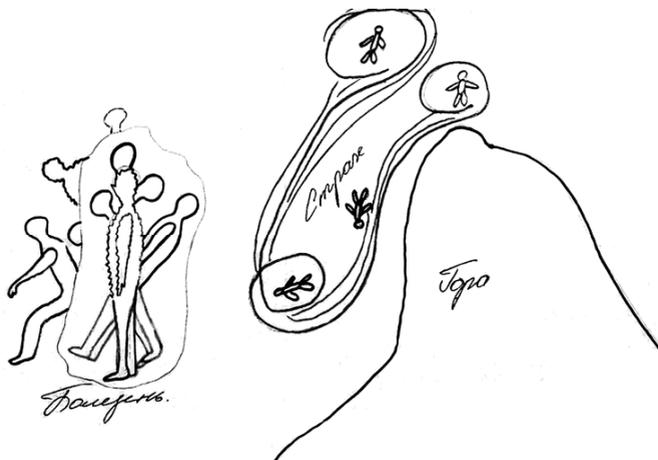


Рис. 4. Отступление болезни, управляемость симптомов

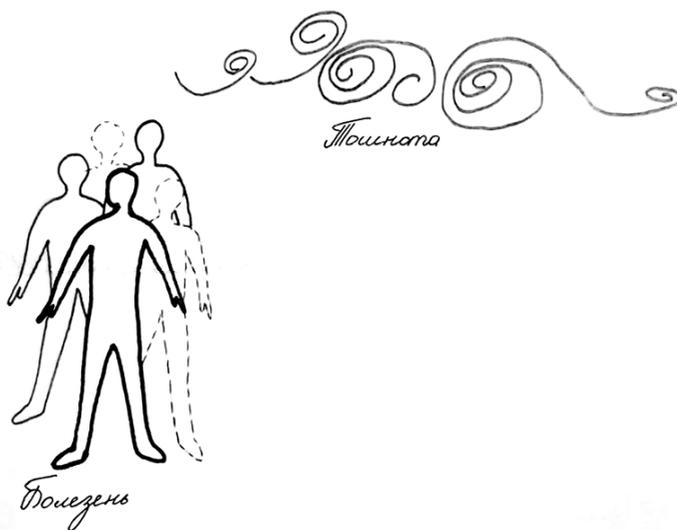


Рис. 5. Еще остается временами предчувствие страха (тошнота)

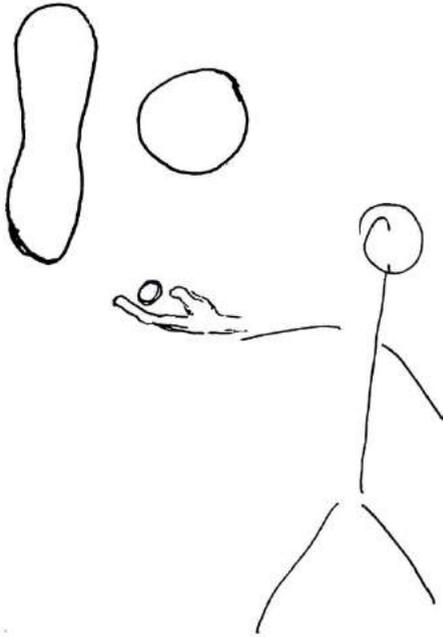


Рис. 6. Возможность возвращения симптомов



Рис. 7. Преграды для полного здоровья



Рис. 8. Волны (не могут накрыть) не мешают дельфину

Обсуждение. Как заметно из приведенного описания, вначале пациент предъявлял соматические жалобы, расстройство расценивалось им самим и врачами как органическое. В ходе описания больным своей истории болезни нашло отражение понимание связи соматических симптомов пациента с эмоциональным состоянием. Дальнейшее описание раскрывает понимание психогенного характера возникновения соматовегетативных расстройств, которые представляют собой наслаивающиеся симптомы: «После УЗИ опять начал чувствовать себя плохо, кружилась голова, тошнило, рвало, пропал аппетит, не мог есть, стал плохо спать». В процессе психотерапии пациент начинает понимать обратимый, функциональный характер своих симптомов, выстраивает и закрепляет концепцию психогенного, функционального расстройства: «Я мысленно, незаметно себя настраивал в позитив, и мне становилось легче», «звоню к психотерапевту, после чего мне становится легче», «От того как я мысли поведу или настрою организм на позитив, так и ведут мои некоторые симптомы».

Понимание пациентом психогенного и обратимого характера заболевания привело к постепенному улучшению состояния. Пациент проводит связь возникновения расстройств со своими личностными особенностями и осознает необходимость личностных изменений: «и все, что происходит со мной, я понимаю – это мой характер и стараюсь его менять». По катамнестическим сведениям, полученным спустя 1 год после психотерапевтического лечения, пациент остается вполне здоровым (рис. 8). Данное наблюдение иллюстрирует, что соматовегетативные и эмоциональные симптомы у пациента носят обратимый, функциональный характер, возникают при участии психогенных факторов, развитие которых зависит от личност-

ных особенностей, что позволяет говорить о расстройстве невротического характера.

Во взаимоотношениях между врачом и пациентом руководствовались подходом клиентцентрированной психотерапии. Пациенту предоставлялась возможность встречаться с психотерапевтом, а также осуществлять телефонные звонки с учетом высокого уровня психоэмоционального напряжения. Важной задачей психотерапии явилось осознание связи с субъективным (эмоциональным, когнитивным, поведенческим) отношением к этим обстоятельствам. Психотерапия на начальных этапах носила симптоматический характер. Для снижения напряжения в теле проводилась прогрессирующая мышечная релаксация. В лечении использовалась техника систематической десенситизации. В дальнейшем психотерапия была направлена на осознание пациентом психологических причин и механизмов болезни, определение связей симптомов с эмоциональными расстройствами, возникающими в определенной ситуации. Когнитивная психотерапия была направлена на проведение связи эмоционального состояния в определенной ситуации с его мыслями, с дальнейшей идентификацией автоматических мыслей, выявлением искажений мышления. Пациент обучался связывать ситуацию и свои мысли с эмоциональным ответом с дальнейшим исправлением ошибок в мышлении. Дома пациент выполнял задания по ауторелаксации, составлению протоколов самонаблюдения для регистрации ситуаций эмоционального напряжения, идентификации автоматических и поиска альтернативных мыслей.

С целью осознания вытесненного материала и проведения связи с актуальными эмоциональными конфликтами проводилась арт-терапия с рисованием на тему «Мой страх», «Моя болезнь». Рисуя, пациент соприкасался с пугающими, неприятными, образами и выражал отношение к ним, что позволяло преобразовать эмоциональное состояние и отношение к болезни. Рисование помогало освободиться от негативных переживаний прошлого. На рис. 1 пациент изобразил свое тревожное отношение к болезни. В процессе психотерапии появилась положительная динамика, что отразилось на рисунке в виде появления «семи выпускников для 11 симптомов» и просвета в эмоциональном состоянии (свет в конце туннеля) на рис. 2. Происходит осознание обратимости симптомов.

На следующем рисунке видны выраженность страха и проявлений болезни на фоне отделения себя от симптомов. На рис. 3 в черный цвет окрашены «страшные симптомы, которые меня окружают», с остальными научился справляться самостоятельно. Иногда возникает страх за сердце,

почки и т. д. такой силы, что самостоятельно с этим не может справиться (изображено в виде черной молнии), при этом вынужден обратиться к психотерапевту.

На рис. 4 видно, что болезнь отступает, симптомы управляемы, зависят от мыслей, страх также возникает эпизодически, к примеру «как возникновение страха высоты, если оказаться на краю обрыва». Происходит постепенная стабилизация состояния, лишь изредка возникают симптомы, с которыми сам справляется почти всегда, страх исчез, остается только как предчувствие (тошнота) (рис. 5).

На рис. 6 схематично изображен сам пациент, жалоб не предъявляет, однако симптомы могут появиться, иногда преобразуются, как будто на липучке, и как болезнь возвращается обратно. Следует отметить, что здесь пациент впервые выполнил домашнее задание небрежно, сделал схематичный рисунок, что также свидетельствует об улучшении состояния.

В то же время пациент не считает себя здоровым. «Болезнь, симптомы хотя и остались позади, но имеются преграды, препятствующие чувствовать себя здоровым» (рис. 7), и это связано с характером, который надо менять.

На рисунке из анамнеза видно, пациент научился справляться с симптомами, «дельфину волны не мешают плыть вперед» (рис. 8).

Структурирование психотерапии происходило от симптомоцентрированного подхода с осознанием обратимости имевшихся нарушений психогенного характера к личностно ориентированной психотерапии с направленностью на реконструкцию сформированной дезадаптивной системы отношений, что отражает опору на систему значимых для личности отношений и актуальную социокультурную среду.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует значимость представлений пациента о своей болезни и их влияние на динамику патологического процесса, ход и результаты терапии. Можно также отметить, что одним из важнейших факторов психотерапевтического воздействия при психовегетативном синдроме является понимание специалистом субъективных представлений больного о своем заболевании и преодоление его дезадаптивных представлений о болезни. Наряду с клиентцентрированной, когнитивно-поведенческой психотерапией может быть успешно использована арт-терапия, которые взаимно дополняют друг друга и могут быть удачно интегрированы в систему личностно ориентированной психотера-

пии. С учетом медленного темпа продвижения к осознанию пациентом своих симптомов рекомендуется долгосрочная психотерапия. Обращение к терапевтическим возможностям арт-терапии помогает оценивать динамику психических и поведенческих нарушений.

Литература

1. Киселева М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. – СПб. : Речь, 2007. – 336 с.
2. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. – СПб. : Речь, 2007. – 294 с.
3. Неврология для врачей общей практики / под ред. В.Л. Голубева, А.М. Вейна. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 432 с.
4. Николаев Е.Л., Орлов Ф.В. Интеграция биопсихосоциального подхода в общеврачебную практику: возможности и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 2. – С. 82–84.
5. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л. Медико-психологическая помощь медсестры больным с пограничными психическими расстройствами // Медицинская сестра. – 2007. – № 1. – С. 11–12.
6. Решетников М.М. Психическое здоровье населения – современные тенденции и старые проблемы // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1(17). – С. 9–15.

Поступила 08.05.2018

Авторы декларируют отсутствие конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи

Для цитирования. Орлов Ф.В., Николаев Е.Л., Иванов В.Г. Клинический случай психовегетативного синдрома: история заболевания и психотерапия глазами пациента // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 35–47.

CLINICAL CASE OF PSYCHO-VEGETATIVE SYNDROME: THE HISTORY OF DISEASE AND PSYCHOTHERAPY FROM THE PATIENT VIEW

Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanov V.G.

Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, Russia)

✉ Orlov Fyodor Vitalievich – PhD Med. Sci. Associate Prof., Department of psychiatry, medical psychology and neurology, Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: orlovf@yandex.ru;

Evgeni Lvovich Nikolaev – Dr. Med. Sci. Associate Prof., Head of the Department of Social and Clinical Psychology, Chuvash State University (Moskovskii Ave.,

15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: pzdorovie@bk.ru. ORCID 0000-0001-8976-715X;

Ivanov Vladimir Gennadievich – PhD student of the Department of Social and Clinical Psychology, Chuvash State University (Moskovskii Ave., 15, Cheboksary, 428015, Russia), e-mail: vov.nds@yandex.ru.

Abstract. Diagnostic qualification of psycho-vegetative syndrome is a live issue in medicine, since making a diagnostic decision determines the targets of therapy. In the construction of the diagnostic concept, it turns out that it is useful to work with autobiographical passage written by the patient, patient's self-description of the medical history. As an example, a clinical observation of a patient with somatic complaints in the structure of a neurotic disorder is given. In the clinical case, the realization of psychotherapy with symptomatic and personally oriented approaches is demonstrated.

Keywords: psycho-vegetative syndrome, psychotherapy, art therapy, personal-ity-oriented (reconstructive) psychotherapy.

References

1. Kiseleva M.V. Art-terapiya v prakticheskoi psikhologii i sotsial'noi rabote [Art therapy in practical psychology and social work]. 2007. 336 p. (In Russ.)
2. Kulakov S.A. Praktikum po psikhoterapii psikhosomaticheskikh rasstroistv [Practice on psychotherapy of psychosomatic disorders]. Sankt-Peterburg. 2007. 294 p. (In Russ.)
3. Nevrologiya dlya vrachei obshchei praktiki [Neurology for general practitioners]. Eds: V.L. Golubev, A.M. Vein. Moskva. 2017. 432 p. (In Russ.)
4. Nikolaev E.L., Orlov F.V. Integratsiya biopsikhosotsial'nogo podkhoda v obshchevrachebnuyu praktiku: vozmozhnosti i perspektivy [Integration of the biopsychosocial approach into general medical practice: opportunities and perspectives]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and clinical psychiatry]. 2005. Vol. 15, N 2. Pp. 82–84. (In Russ.)
5. Orlov F.V., Nikolaev E.L. Mediko-psikhologicheskaya pomoshch' medsestry bol'nym s pogranchnymi psikhicheskimi rasstroistvami [Medical and psychological assistance to a nurse with patients with borderline mental disorders]. *Meditsinskaya sestra* [Nurse]. 2007. N 1. Pp. 11–12. (In Russ.)
6. Reshetnikov M.M. Psikhicheskoe zdorov'e naseleniya – sovremennye tendentsii i starye problemy [Mental Health of the Population – Current Trends and Old Problems]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal* [National Psychological Journal]. 2015. N 1. Pp. 9–15. (In Russ.)

Received 08.05.2018

For citing. Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanov V.G. Klinicheskii sluchai psikhovegetativnogo sindroma: istoriya zabolevaniya i psikhoterapiya glazami patsienta. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. Pp. 35–47. (In Russ.)

Orlov F.V., Nikolaev E.L., Ivanov V.G. Clinical case of psycho-vegetative syndrome: the history of disease and psychotherapy from the patient view. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. Pp. 35–47.

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (2003–2016 гг.)

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Гомельский государственный медицинский университет
(Республика Беларусь, г. Гомель, ул. Ланге, д. 5).

Провели выборочный статистический анализ 60 % медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы воинских частей по форме 3/мед Вооруженных сил Республики Беларусь за период с 2003 по 2016 г. Выявлен невысокий вклад психических расстройств в структуру обобщенных медико-статистических показателей нарушений здоровья у военнослужащих по призыву, однако доля увольняемости по психическим расстройствам сохраняется на высоком уровне, что обуславливает их социальную значимость. Среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами по V классу «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10 составил $(33,3 \pm 1,2)$ ‰, первичной заболеваемости – $(16,9 \pm 0,9)$ ‰, динамического диспансерного наблюдения – $(4,7 \pm 0,6)$ ‰, госпитализации – $(13,1 \pm 0,4)$ ‰, уровень дней нетрудоспособности – (266 ± 12) ‰, увольняемости – $(4,62 \pm 0,38)$ ‰. Полиномиальные тренды общей и первичной заболеваемости и нуждаемости в диспансерном наблюдении показывали тенденции уменьшения данных, госпитализации, нетрудоспособности и увольняемости – увеличение. Среди нарушений психического здоровья у военнослужащих по призыву выраженную военно-эпидемиологическую значимость имели невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (5-я группа, F40–F48 по МКБ-10), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, F60–F69) и расстройства настроения (аффективные расстройства) (4-я группа, F30–F39). Доля этих расстройств в обобщенной оценке нарушений психического здоровья составила 52, 17 и 8 % соответственно. Акцентирование внимания на психопрофилактике указанных заболеваний и расстройств поведения будет способствовать повышению психического здоровья военнослужащих по призыву.

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru;

Чернов Денис Анатольевич – нач. каф. воен. и экстрем. медицины, Гомельский гос. мед. ун-т (Республика Беларусь, 246000, г. Гомель, ул. Ланге, д. 5), e-mail: chernov_denis78@mail.ru.

Ключевые слова: психиатрия, военная медицина, военнослужащий по призыву, психическое расстройство, заболеваемость, госпитализация, трудовопотери, увольняемость, Республика Беларусь.

Введение

Проведенные ранее исследования показали, что психические расстройства в структуре обобщенных показателей заболеваемости (общей и первичной заболеваемости, госпитализации, дней трудопотерь) у военнослужащих по призыву Вооруженных сил (ВС) Российской Федерации и Республики Беларусь не являются значимыми и составляют 8–12-е ранги. Однако среди причин увольняемости по состоянию здоровья они занимают 1-й ранг с долей 48,5 и 29 % соответственно [2, 6].

Особую актуальность состояние психического здоровья военнослужащих приобретает при выполнении боевых действий, участии в контртеррористических операциях, несении караульной службы, ликвидации чрезвычайных ситуаций и обслуживании военной техники, в связи с чем ряд исследований был посвящен изучению психического здоровья призывников и военнослужащих по призыву [1, 3–5]. К сожалению, анализ психических расстройств у военнослужащих по призыву ВС Беларуси за длительный период не проводился.

Цель – представить динамику медико-статистических показателей психических расстройств по группам (блокам) V класса «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10 у военнослужащих по призыву ВС Беларуси за 14 лет (2003–2016 гг.).

Материал и методы

Провели выборочный статистический анализ медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, расположенных в различных родах и видах войск, в которых проходили службу около 60 % от общего числа военнослужащих по призыву в ВС Беларуси с 2003 по 2016 г. Рассчитали общепринятые медико-статистические показатели состояния здоровья военнослужащих по обобщенным группам (блокам) V класса болезней «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10 (табл. 1):

- общую заболеваемость (обращаемость);
- первичную заболеваемость;
- нуждаемость в диспансерном наблюдении;
- заболеваемость с госпитализацией;
- заболеваемость с трудопотерями в днях;
- увольняемость из ВС Беларуси по состоянию здоровья.

Таблица 1

Обобщенные группы (блоки) психических расстройств
и расстройств поведения по V классу МКБ-10

Группа	Название	Таксон МКБ-10
1-я	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	F00–F09
2-я	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	F10–F19
3-я	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F20–F29
4-я	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	F30–F39
5-я	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	F40–F48
6-я	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	F50–F59
7-я	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	F60–F69
8-я	Умственная отсталость	F70–F79
9-я	Расстройства психологического развития	F80–F89
10-я	Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	F90–F98
11-я	Неуточненные психические расстройства	F99

Проведен анализ ведущих групп расстройств психического здоровья, показатели которых имели вклад в структуру анализируемых данных не менее 5 %. При анализе динамики структуры психических расстройств сведения 11-й группы «Неуточненные психические расстройства» наряду с другими малозначимыми относили в обобщенный массив «прочие». Данные о состоянии здоровья рассчитали на 1000 военнослужащих по призыву или в %. Наряду с относительными величинами частоты и структуры, в статью привели средние арифметические показатели и ошибки средней величины ($M \pm m$). Сходство (различия) признаков определили при помощи коэффициента корреляции Пирсона [7].

Динамику показателей здоровья исследовали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка. Значок \uparrow в таблицах показывает тенденцию роста динамики данных, \downarrow – уменьшение, \rightarrow – стабильности, \cup – U-кривую, \cap – инвертируемую U-кривую. Силу связи показателей полиномиального тренда (коэффициент детерминации, R^2) до 0,59 обозначали одним значком, от 0,60 до 0,74 – двумя, от 0,75 до 0,99 – тремя значками.

При расчете обобщенного показателя нарушений здоровья военнослужащих по призыву вклад в структуру группы болезней увольняемости множили на коэффициент 2, остальные данные имели коэффициент 1. На

основе структурных сведений определяли военно-эпидемиологическую значимость нарушений психического здоровья для военнослужащих по призыву ВС Беларуси.

Результаты и их анализ

Общая заболеваемость военнослужащих по призыву ВС Беларуси в 2003–2016 гг. была $(2860,7 \pm 98,6) \%$, общая заболеваемость психическими расстройствами – $(33,3 \pm 1,2) \%$ [2], что составило в структуре общей заболеваемости 1,18 % и 11-й ранг из проанализированных 15 классов болезней. При значимом коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,62$) полиномиальный тренд доли психических расстройств напоминает инвертированную U-кривую с максимальными показателями в 2007–2008 гг. и 2011 г. (рис. 1).



Рис. 1. Динамика доли психических расстройств в структуре всей общей заболеваемости военнослужащих по призыву ВС Беларуси

При высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,88$) полиномиальный тренд уровня общей заболеваемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами показывал уменьшение данных (рис. 2). Особенно выраженный спад уровня психических расстройств отмечался в последние годы наблюдения. В 2016 г. по сравнению с 2003 г. уровень общей заболеваемости психическими расстройствами снизился на 10 %, или на 30 %.

Среднегодовые данные уровня общей заболеваемости по группам психических расстройств сведены в табл. 2. Тенденции увеличения показывали 3, 4, 6 и 7-я группы психических расстройств с суммой 12,5 %.

Ведущими группами психических расстройств у военнослужащих по призыву были 5-я – $(26,7 \pm 1,4) \%$ и 7-я – $(2,4 \pm 0,2) \%$. Полиномиальный тренд уровня 5-й группы болезней при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,86$) напоминал кривую уровня общей заболеваемости (см. рис. 2), что естественно – доля этих расстройств составляла 80,2 %. Конгруэнтность анализируемых кривых высокая ($r = 0,86$; $p < 0,001$).



Рис. 2. Динамика уровня общей заболеваемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами

Таблица 2

Показатели общей заболеваемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами по группам V класса МКБ-10 в 2003–2016 гг.

Группа	Таксон МКБ-10	Структура, %	Уровень, %	Коэффициент детерминации (R^2)	Динамика
1-я	F00–F09	0,54	$0,18 \pm 0,03$	0,37	↘
2-я	F10–F19	1,32	$0,44 \pm 0,09$	0,46	↘
3-я	F20–F29	0,87	$0,29 \pm 0,04$	0,30	↑
4-я	F30–F39	3,51	$1,17 \pm 0,34$	0,46	↑
5-я	F40–F48	80,18	$26,70 \pm 1,40$	0,86	↔↘
6-я	F50–F59	0,84	$0,28 \pm 0,07$	0,30	↑
7-я	F60–F69	7,27	$2,42 \pm 0,22$	0,47	↑
8-я	F70–F79	0,51	$0,17 \pm 0,02$	0,06	→
9-я	F80–F89	0,36	$0,12 \pm 0,03$	0,20	↘
10-я	F90–F98	2,01	$0,67 \pm 0,06$	0,09	↘
11-я	F99	4,62	$1,54 \pm 0,33$	0,76	↘↘

В сумме показатели 5-й и 7-й групп составили 87,5 % от структуры общей заболеваемости военнослужащих по призыву психическими рас-

стройствами. На рис. 3 видно уменьшение доли психических расстройств с 5-й группой и увеличение – с 7-й.

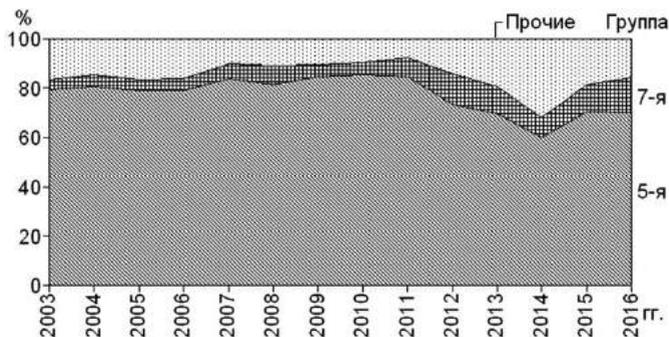


Рис. 3. Динамика структуры общей заболеваемости военнослужащих по призыву по ведущим группам психических расстройств

Первичная заболеваемость военнослужащих по призыву ВС Беларуси в 2003–2016 гг. была ($1638,2 \pm 79,1$) ‰, в том числе с психическими расстройствами – ($16,9 \pm 0,9$) ‰, что составило в структуре всей первичной заболеваемости 1,07 % и 12-й ранг из проанализированных 15 классов болезней [2]. При невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,57$) полиномиальный тренд доли психических расстройств напоминает инвертированную U-кривую с максимальными показателями в 2007 г. и 2011 г. (рис. 4).



Рис. 4. Динамика доли психических расстройств в структуре всей первичной заболеваемости военнослужащих по призыву ВС Беларуси

Полиномиальный тренд уровня первичной заболеваемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,45$) показывал тенденцию инвертированной U-кривой с пиками значений в 2007 г. и 2011 г. (рис. 5). В последнее пятилетие отмечалось уменьшение первичной заболеваемости психическими расстройствами. С 2003 по 2016 г. их уровень первичной заболеваемости уменьшился на 6,2 ‰, или на 33 %.



Рис. 5. Динамика уровня первичной заболеваемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами

Среднегодовые показатели уровня первичной заболеваемости по группам психических расстройства сведены в табл. 3.

Таблица 3

Показатели первичной заболеваемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами по группам V класса МКБ-10 в 2003–2016 гг.

Группа	Таксон МКБ-10	Структура, %	Уровень, ‰	Коэффициент детерминации (R^2)	Динамика
1-я	F00–F09	0,94	$0,16 \pm 0,03$	0,38	↓
2-я	F10–F19	2,01	$0,34 \pm 0,07$	0,43	↷
3-я	F20–F29	1,24	$0,21 \pm 0,02$	0,14	↑
4-я	F30–F39	5,60	$0,95 \pm 0,32$	0,32	↑
5-я	F40–F48	67,26	$11,40 \pm 1,20$	0,34	↷
6-я	F50–F59	0,94	$0,16 \pm 0,02$	0,32	↑
7-я	F60–F69	11,62	$1,97 \pm 0,16$	0,52	↑
8-я	F70–F79	0,94	$0,16 \pm 0,02$	0,05	→
9-я	F80–F89	0,47	$0,08 \pm 0,02$	0,21	↷
10-я	F90–F98	2,89	$0,49 \pm 0,05$	0,07	↓
11-я	F99	6,08	$1,03 \pm 0,24$	0,25	↓

С низкими коэффициентами детерминации тенденции увеличения данных показывали 3, 4, 6 и 7-я группы психических расстройств с суммой 19,4 %. Ведущими группами психических расстройств у военнослужащих по призыву являются 4-я – $(0,95 \pm 0,32) \%$, 5-я – $(11,40 \pm 1,20) \%$ и 7-я – $(1,97 \pm 0,16) \%$.

В сумме показатели ведущих групп составили 84,8 % от структуры первичной заболеваемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами. На рис. 6 видно уменьшение доли психических расстройств с 5-й группой и увеличение – с 4-й и 7-й.

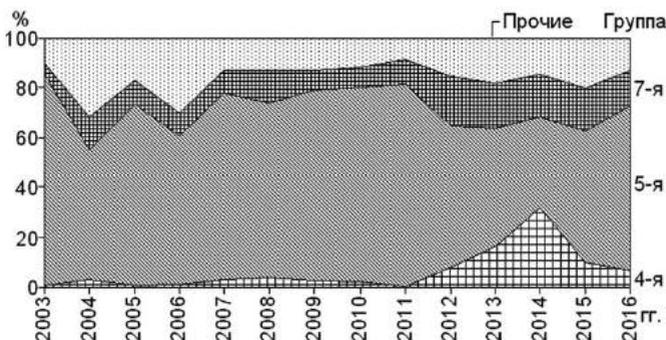


Рис. 6. Динамика структуры первичной заболеваемости военнослужащих по призыву по ведущим группам психических расстройств

Диспансерное наблюдение. Среднегодовой уровень нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по призыву ВС Беларуси в 2003–2016 гг. оказался $(93,5 \pm 9,5) \%$, в том числе в связи с психическими расстройствами – $(4,7 \pm 0,6) \%$, что составило в структуре диспансерного наблюдения 6,22 % и 5-й ранг из 15 классов болезней [2]. При значимом коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,61$) полиномиальный тренд доли психических расстройств показывал уменьшение данных (рис. 7).

Полиномиальный тренд уровня нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по призыву с психическими расстройствами при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,47$) демонстрировал тенденцию уменьшения данных (рис. 8). С 2003 по 2016 г. уровень диспансерного наблюдения уменьшился на 6,8 %, или на 70 %.



Рис. 7. Динамика доли психических расстройств в структуре всего диспансерного наблюдения военнослужащих по призыву ВС Беларуси



Рис. 8. Динамика уровня нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по призыву с психическими расстройствами

Среднегодовые показатели уровня диспансерного наблюдения по группам психических расстройств сведены в табл. 4. Ведущей группой психических расстройств у военнослужащих по призыву являлась 5-я – $(3,60 \pm 0,50)$ %. При значимом коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,61$) отмечалось уменьшение уровня диспансерного наблюдения военнослужащих по призыву с 5-й группой психических расстройств (см. табл. 4). В динамике структуры видна стабильность доли военнослужащих, нуждающихся в диспансерном наблюдении с 5-й группой психических расстройств (рис. 9).

Таблица 4

Показатели нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по призыву с психическими расстройствами по группам V класса МКБ-10 в 2003–2016 гг.

Группа	Таксон МКБ-10	Структура, %	Уровень, %	Коэффициент детерминации (R^2)	Динамика
1-я	F00–F09	0,64	$0,03 \pm 0,01$	0,09	↪
2-я	F10–F19	3,62	$0,17 \pm 0,04$	0,20	↪
3-я	F20–F29	0,43	$0,02 \pm 0,01$	0,04	↵
4-я	F30–F39	3,19	$0,15 \pm 0,05$	0,22	↲
5-я	F40–F48	76,60	$3,60 \pm 0,50$	0,40	↲
6-я	F50–F59	1,06	$0,05 \pm 0,15$	0,14	↪
7-я	F60–F69	3,40	$0,16 \pm 0,05$	0,07	↵
8-я	F70–F79	0,64	$0,03 \pm 0,01$	0,09	↲
9-я	F80–F89	0,64	$0,03 \pm 0,01$	0,50	↪
10-я	F90–F98	1,06	$0,05 \pm 0,03$	0,52	↪
11-я	F99	6,81	$0,32 \pm 0,16$	0,70	↪

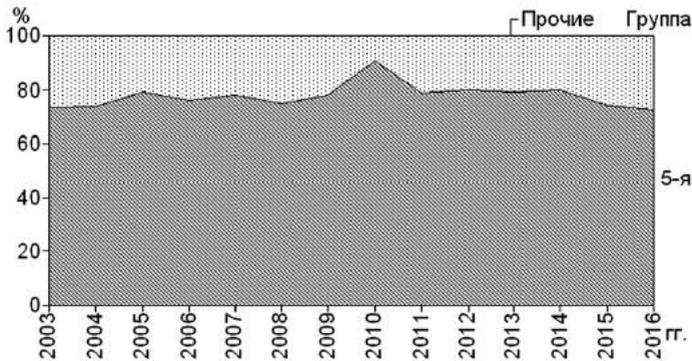


Рис. 9. Динамика структуры диспансерного наблюдения у военнослужащих по призыву по ведущим группам психических расстройств

Госпитализация. Среднегодовой уровень госпитализации военнослужащих по призыву ВС Беларуси в 2003–2016 гг. был ($931,6 \pm 44,2$) ‰, в том числе в связи с психическими расстройствами – ($13,1 \pm 0,4$) ‰, что составило структуре всего диспансерного наблюдения 1,44 % и 12-й ранг из проанализированных 15 классов болезней [2]. При низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,39$) полиномиальный тренд доли психических расстройств напоминает инвертированную U-кривую с тенденцией уменьшения данных в последний период наблюдения (рис. 10).



Рис. 10. Динамика доли психических расстройств в структуре всей госпитализации военнослужащих по призыву ВС Беларуси

Динамика уровня госпитализации военнослужащих по призыву с психическими расстройствами при невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,58$) показывала тенденцию увеличения данных (рис. 11). С 2003 по 2016 г. уровень госпитализации возрос на 3,1 %, или на 30,7 %.



Рис. 11. Динамика уровня госпитализации военнослужащих по призыву с психическими расстройствами

Среднегодовые показатели уровня госпитализации по группам психических расстройств показаны в табл. 5. Ведущими группами психических расстройств у военнослужащих по призыву являлись 4-я – ($0,99 \pm 0,32$) %, 5-я – ($7,50 \pm 0,40$) и 7-я – ($2,03 \pm 0,20$) %. При невысоких коэффици-

циентах детерминации демонстрировали рост госпитализации военнослужащие с психическими расстройствами 3, 4, 6 и 7-й групп, в сумме они составили 26,3 % от структуры госпитализации (см. табл. 5).

Таблица 5

Показатели госпитализации военнослужащих по призыву с психическими расстройствами по группам V класса МКБ-10 в 2003–2016 гг.

Группа	Таксон МКБ-10	Структура, %	Уровень, ‰	Коэффициент детерминации (R ²)	Динамика
1-я	F00–F09	1,15	0,15 ± 0,03	0,29	↘
2-я	F10–F19	2,44	0,32 ± 0,07	0,49	↘
3-я	F20–F29	1,83	0,24 ± 0,02	0,08	↗
4-я	F30–F39	7,56	0,99 ± 0,32	0,43	↗
5-я	F40–F48	57,25	7,50 ± 0,40	0,10	↘
6-я	F50–F59	1,45	0,19 ± 0,03	0,36	↗
7-я	F60–F69	15,50	2,03 ± 0,20	0,59	↗
8-я	F70–F79	1,15	0,15 ± 0,02	0,16	↘
9-я	F80–F89	0,61	0,08 ± 0,03	0,14	↘
10-я	F90–F98	3,82	0,50 ± 0,05	0,35	↘
11-я	F99	7,25	0,95 ± 0,19	0,19	↘

В динамике структуры ведущие группы (4, 5 и 7-я) составили 80,3 %. На рис. 12 показаны уменьшение доли психических расстройств с 5-й группой и увеличение – с 4-й и 7-й. Следует отметить, что полученная динамика практически аналогична показателям, представленным на рис. 6. Как правило, при стационарном обследовании и лечении у военнослужащих по призыву устанавливаются впервые в жизни психические расстройства.

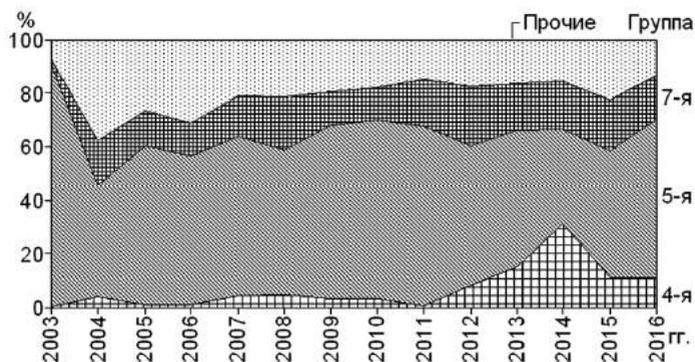


Рис. 12. Динамика структуры госпитализации военнослужащих по призыву по ведущим группам психических расстройств

Трудопотери. Среднегодовой уровень дней трудопотерь у военнослужащих по призыву ВС Беларуси в 2003–2016 гг. был (8406 ± 327) %, в том числе психическими расстройствами – (266 ± 12) %, что составило в структуре всех трудопотерь 3,19 % и 8-й ранг из 15 классов болезней [2]. При низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,39$) полиномиальный тренд доли психических расстройств напоминает инвертированную U-кривую с тенденцией уменьшения данных в последний период наблюдения (рис. 13). На рис. 14 представлена динамика уровня дней трудопотерь.



Рис. 13. Динамика доли психических расстройств в структуре дней трудопотерь военнослужащих по призыву ВС Беларуси



Рис. 14. Динамика уровня дней трудопотерь военнослужащих по призыву с психическими расстройствами

Динамика уровня дней трудопотерь военнослужащих по призыву с психическими расстройствами при значимом коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,70$) показывает увеличение данных (см. рис. 14). Например, с 2003 по 2016 г. уровень дней трудопотерь возрос на 49 %, или на 25,1 %.

Среднегодовые показатели уровня дней трудопотерь по группам психических расстройств показаны в табл. 6. Ведущими группами психических расстройств у военнослужащих по призыву являлись 4-я – (25 ± 6) %, 5-я – (104 ± 7), 7-я – ($73 \pm 0,4$) и 10-я – (14 ± 3) %. При разных по значимости коэффициентах детерминации демонстрировали рост трудопотерь военнослужащие с психическими расстройствами 3-й, 4-, 5-, 6- и 7-й группы, в сумме они составили 81,4 % от структуры дней трудопотерь (см. табл. 6).

Таблица 6
Показатели дней трудопотерь у военнослужащих по призыву с психическими расстройствами по группам V класса МКБ-10 в 2003–2016 гг.

Группа	Таксон МКБ-10	Структура, %	Уровень, %	Коэффициент детерминации (R^2)	Динамика
1-я	F00–F09	1,87	$5,0 \pm 0,9$	0,58	↓
2-я	F10–F19	3,42	$9,1 \pm 2,0$	0,55	↔
3-я	F20–F29	3,79	$10,1 \pm 1,2$	0,10	↗
4-я	F30–F39	9,56	$25,4 \pm 6,2$	0,41	↑
5-я	F40–F48	39,10	$104,0 \pm 7,0$	0,55	↗
6-я	F50–F59	1,52	$4,0 \pm 0,7$	0,17	↑
7-я	F60–F69	27,44	$73,0 \pm 0,4$	0,12	↑
8-я	F70–F79	1,41	$3,7 \pm 0,4$	0,18	↓
9-я	F80–F89	1,31	$3,5 \pm 1,1$	0,17	↔
10-я	F90–F98	5,13	$13,6 \pm 2,6$	0,30	↘
11-я	F99	5,71	$15,2 \pm 2,0$	0,06	→

В динамике структуры ведущие группы (4-я, 5-, 7- и 10-я) составили 81,8 % дней трудопотерь. На рис. 15 показано уменьшение доли психических расстройств с 4-й и 5-й группами, стабильность показателей – с 7-й и 10-й и увеличение – с другими группами.

Увольняемость. Среднегодовой уровень увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по призыву ВС Беларуси в 2003–2016 гг. был ($15,80 \pm 0,64$) в том числе с психическими расстройствами – ($4,62 \pm 0,38$) %, что составило структуре всей увольняемости 29 % и 1-й ранг из 15 классов болезней [2]. При значимом коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,61$) полиномиальный тренд доли психических расстройств показывает увеличение данных (рис. 16).

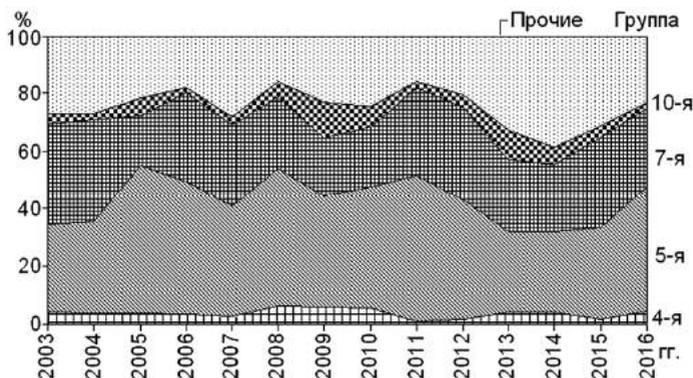


Рис. 15. Динамика структуры дней трупотерь военнослужащих по призыву по ведущим группам психических расстройств



Рис. 16. Динамика доли психических расстройств в структуре увольнения военнослужащих по призыву ВС Беларуси

Динамика уровня увольнения военнослужащих по призыву с психическими расстройствами при невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,57$) демонстрирует тенденцию увеличения данных (рис. 17). С 2003 по 2016 г. уровень увольнения возрос на 2 %, или на 80 %.

Среднегодовые показатели уровня увольнения по группам психических расстройств показаны в табл. 7. Ведущими группами психических расстройств у военнослужащих по призыву являлись 4-я – $(0,67 \pm 0,17)$ %, 5-я – $(1,00 \pm 0,09)$, 7-я – $(1,30 \pm 0,18)$ и 10-я – $(0,26 \pm 0,04)$ %. Демонстрировали рост увольнения военнослужащие с психическими расстрой-

ствами 3, 4, 5, 6, 7 и 10-й групп, в сумме они составили 76 % от структуры увольняемости (см. табл. 7).

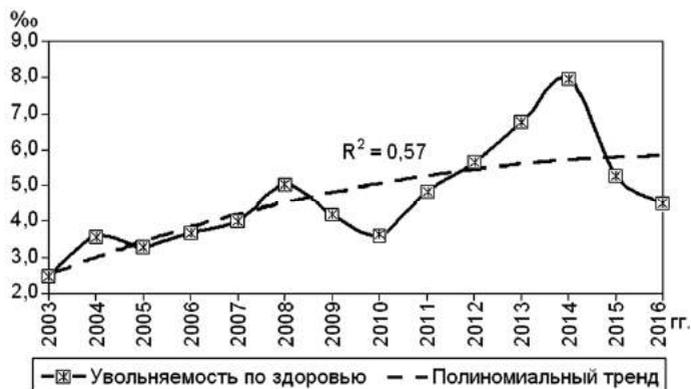


Рис. 17. Динамика увольняемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами

Таблица 7

Показатели увольняемости военнослужащих по призыву с психическими расстройствами по группам V класса МКБ-10 в 2003–2016 гг.

Группа	Таксон МКБ-10	Структура, %	Уровень, ‰	Коэффициент детерминации (R^2)	Динамика
1-я	F00–F09	2,16	$0,10 \pm 0,02$	0,64	↓
2-я	F10–F19	3,25	$0,15 \pm 0,03$	0,45	↷
3-я	F20–F29	4,11	$0,19 \pm 0,02$	0,19	↑
4-я	F30–F39	14,50	$0,67 \pm 0,17$	0,40	↑
5-я	F40–F48	21,65	$1,00 \pm 0,09$	0,17	↷↑
6-я	F50–F59	1,95	$0,09 \pm 0,02$	0,33	↑
7-я	F60–F69	28,14	$1,30 \pm 0,18$	0,26	↑
8-я	F70–F79	2,38	$0,11 \pm 0,02$	0,02	↓
9-я	F80–F89	1,52	$0,07 \pm 0,02$	0,20	↷
10-я	F90–F98	5,63	$0,26 \pm 0,04$	0,21	↷↑
11-я	F99	13,64	$0,63 \pm 0,17$	0,05	↑

В динамике структуры ведущие группы (4, 5, 7 и 10-я) составили 69,9 % увольняемости военнослужащих с психическими расстройствами. На рис. 18 показано уменьшение доли увольняемости по причине психических расстройств 5-й и 10-й групп, стабильность показателей – 7-й и увеличение – 4-й группы.

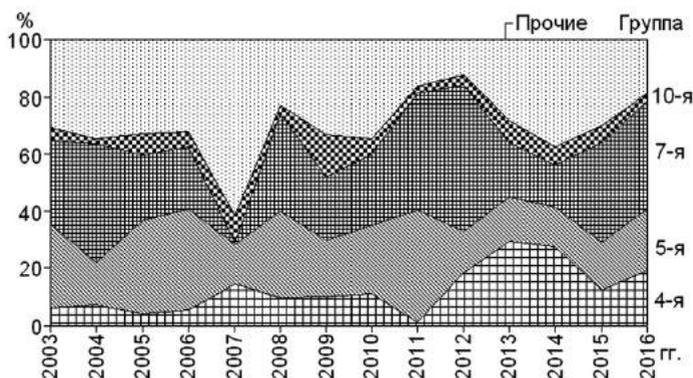


Рис. 18. Динамика структуры увольняемости военнослужащих по призыву по ведущим группам психических расстройств

Обобщенная оценка. Данные о структуре показателей заболеваемости свели в таблицу и по описанному ранее алгоритму рассчитали обобщенную оценку нарушений психического здоровья у военнослужащих по призыву ВС Беларуси в 2003–2016 гг. (табл. 8).

Таблица 8
Ранги значимости психических расстройств и обобщенная оценка нарушений психического здоровья у военнослужащих по призыву ВС Беларуси по V классу МКБ-10 (2003–2016 гг.)

Группа	Заболеваемость		Диспансер	Госпитализация	Трудопотери	Увольняемость	Обобщенная	
	общая	первичная					%	ранг
1-й	9-й	8/10-й	8/10-й	9/10-й	8-й	9-й	1,35	9/10-й
2-й	6-й	6-й	3-й	6-й	7-й	7-й	2,77	6-й
3-й	7-й	7-й	11-й	7-й	6-й	6-й	2,35	7-й
4-й	4-й	4-й	5-й	3-й	3-й	3-й	8,37	3-й
5-й	1-й	1-й	1-й	1-й	1-й	2-й	52,09	1-й
6-й	8-й	8/10-й	7-6-й	8-й	9-й	10-й	1,39	8-й
7-й	2-й	2-й	4-й	2-й	2-й	1-й	17,40	2-й
8-й	10-й	8/10-й	8/10-й	9/10-й	10-й	8-й	1,35	9/10-й
9-й	11-й	11-й	8/10-й	11-й	11-й	11-й	0,92	11-й
10-й	5-й	5-й	7-й	5-й	5-й	5-й	3,75	5-й
11-й	3-й	3-й	2-й	4-й	4-й	4-й	8,27	4-й

В оценке военно-эпидемиологической значимости расстройств психического здоровья 1-й ранг составили невротические, связанные со

стрессом, и соматоформные расстройства (5-я группа, F40–F48 по МКБ-10), 2-й – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, F60–F69), 3-й – расстройства настроения (аффективные расстройства) (4-я группа, F30–F39), 4-й – неуточненные психические расстройства (11-я группа, F99), 5-й ранг – эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте (10-я группа, F90–F98). В сумме указанные расстройства образовали 90 % от обобщенной оценки (рис. 19).



Рис. 19. Структура оценки военно-эпидемиологической значимости психических расстройств у военнослужащих по призыву ВС Беларуси

Заключение

Анализ нарушений состояния здоровья военнослужащих по призыву Вооруженных сил Республики Беларусь показал, что среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами по V классу «Психические расстройства и расстройства поведения» МКБ-10 составил $(33,3 \pm 1,2) \%$, первичной заболеваемости – $(16,9 \pm 0,9) \%$, динамического диспансерного наблюдения – $(4,7 \pm 0,6) \%$, госпитализации – $(13,1 \pm 0,4) \%$, уровень дней нетрудоспособности – $(266 \pm 12) \%$, увольняемости – $(4,62 \pm 0,38) \%$.

Психические расстройства в структуре увольнений по состоянию здоровья военнослужащих по призыву составили 29 % и 1-й ранг среди проанализированных 15 классов болезней по МКБ-10.

Полиномиальные тренды общей и первичной заболеваемости и нуждаемости в диспансерном наблюдении при разных по значимости коэффи-

циентах детерминации показывали тенденции уменьшения данных, госпитализации, трудопотерь и увольняемости – увеличение.

Среди нарушений психического здоровья у военнослужащих по призыву Вооруженных сил Беларуси выраженную военно-эпидемиологическую значимость имеют невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (5-я группа, F40–F48 по МКБ-10), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (7-я группа, F60–F69) и расстройства настроения (аффективные расстройства) (4-я группа, F30–F39). В сумме они составили 78 % от обобщенной оценки.

Литература

1. Дрига Б.В. Особенности боевых посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих, проходивших военную службу по призыву : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2012. – 22 с.

2. Евдокимов В.И., Еськов А.С., Сивашенко П.П., Чернов Д.А. Медико-статистические показатели заболеваемости военнослужащих по призыву Вооруженных сил Республики Беларусь и Российской Федерации (2003–2016 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2018. – № 2. – С. 26–50. DOI 10.25016/2541-7487-2018-0-2-26-50.

3. Куликов В.В., Русанов С.Н., Токарев В.Д., Столяров Г.Б. Психическое здоровье лиц призывного возраста // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 2. – С. 8–12.

4. Ребко А.А. О некоторых аспектах черепно-мозгового травматизма у лиц молодого возраста и их призыва в Вооруженные силы // Воен. медицина. – 2014. – № 1. – С. 64–67.

5. Скугаревская М.М., Сачек В.И., Скугаревский О.А. Проблемные вопросы военно-врачебной (психолого-психиатрической) экспертизы призывников // Воен. медицина. – 2012. – № 2. – С. 40–44.

6. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко П.П. [и др.]. Показатели психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в 2003–2016 гг. // Воен.-мед. журн. – 2017. – Т. 338, № 11. – С. 10–18.

7. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб., 2011. – 317 с.

Поступила 26.05.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Евдокимов В.И., Чернов Д.А. Динамика психических расстройств у военнослужащих по призыву Вооруженных сил Республики Беларусь (2003–2016 гг.) // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 48–68.

**DYNAMICS OF MENTAL DISORDERS AMONG CONSCRIPT SERVICEMEN
OF THE ARMED FORCES OF THE REPUBLIC OF BELARUS (2003–2016)**

Evdokimov V.I., Chernov D.A.

Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (4/2 Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);
Gomel State Medical University (5 Lange Str., Gomel, Republic of Belarus).

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2 Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru;

Denis Anatol'evich Chernov – Chief of the Department of Military and Extreme Medicine, Gomel State Medical University (5 Lange Str., Gomel, 246000, Republic of Belarus), e-mail: chernov_denis78@mail.ru

Abstract. Sampling statistical analysis of 60 % of medical reports on the health of personnel and medical service activity of military units according to 3/MED Form for the period from 2003 to 2016 was carried out. Among conscripts, a low contribution of mental disorders to the structure of general health indicators was revealed; however, but the share of dismissal for mental disorders remains high, which makes them socially significant. The annual overall morbidity of mental disorders (Category V "Mental and behavioral disorders", ICD-10) was (33.3 ± 1.2) ‰, the primary incidence – (16.9 ± 0.9) ‰, dynamic follow-up – (4.7 ± 0.6) ‰, hospitalization – (13.1 ± 0.4) ‰, lost worktime in days – (266 ± 12) ‰, dismissal rate – $(4,62 \pm 0,38)$ ‰. Polynomial trends in general and primary morbidity and need for follow-up tended to decrease, while hospitalization, lost worktime and dismissal trends – to increase. Among the mental health disorders, the most significant from military and epidemiological point of view, were neurotic, stress-related and somatoform disorders (ICD-10 Group 5, F40–F48), personality and behavior disorders in adulthood (Group 7, F60–F69) and mood disorders (affective disorders) (Group 4, F30–F39). The share of these disorders in the generalized assessment of mental health disorders was 52, 17 and 8 %, respectively. Focusing on the psychoprophylaxis of the above diseases and behavioral disorders will contribute to improving the mental health of conscript servicemen.

Keywords: psychiatry, military medicine, military conscript, mental disorder, morbidity, hospitalization, worktime loss, dismissal, Republic of Belarus.

References

1. Driga B.V. Osobennosti boevykh posttraumaticheskikh stressovykh rasstroystv u voennosluzhashchikh, prokhodivshikh voennuyu sluzhbu po prizyvu [Characteristics of combat post-traumatic stress disorders among conscripts] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2012. 22 p. (In Russ.)

2. Evdokimov V.I., Chernov D.A., Sivashchenko P.P., Yeskou A.S. Mediko-statisticheskie pokazateli zabolevaemosti voennosluzhashchikh po prizyvu Vooruzhennykh sil Respubliki Belarus' i Rossiiskoi Federatsii (2003–2016 gg.) [Medical and statistical indicators of morbidity among conscripts in Armed forces of the Republic of Belarus and Russian Federation (2003–2016)]. *Mediko-biologicheskije i sotsial'no-psikhologicheskije problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations]. 2018. N 2. Pp. 26–50. DOI 10.25016/2541-7487-2018-0-2-26-50. (In Russ.)

3. Kulikov V.V., Rusanov S.N., Tokarev V.D., Stolyarov G.B. Psikhicheskoe zdorov'e lits prizyvnogo vozrasta [Psychical health of the 8 call-up age persons]. *Voенно-медицинский журнал* [Military medical journal]. 2007. Vol. 328, N 2. Pp. 8–12. (In Russ.)

4. Rebko A.A. O nekotorykh aspektakh cherepno-mozgovogo travmatizma u lits mladogo vozrasta i ikh prizyva v vooruzhennyye sily [About some aspects of traumatic brain injury at young persons and they draft to the army]. *Voennaya meditsina* [Military medicine]. 2014. N 1. Pp. 64–67. (In Russ.)

5. Skugarevskaya M.M., Sachek V.I., Skugarevskii O.A. Problemnye voprosy voенно-vrachebnoi (psikhologo-psikhiatricheskoi) ekspertizy prizyvnikov [Problematic issues of military-medical (psycho-psychiatric) expertise of conscripts]. *Voennaya meditsina* [Military medicine]. 2012. N 2. Pp. 40–44. (In Russ.)

6. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P. [et al.]. Pokazateli psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po prizyvu v 2003–2016 gg. [Indicators of mental health of servicemen who served on conscription in 2003–2016]. *Voенно-медицинский журнал* [Military medical journal]. 2017. Vol. 338, N 11. Pp. 10–18.

7. Yunkerov V.I., Grigor'ev S.G., Rezvantsev M.V. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematical and statistical processing of medical research data]. Sankt-Peterburg. 2011. 317 p. (In Russ.)

Received 26.05.2018

For citing. Evdokimov V.I., Chernov D.A. Dinamika psikhicheskikh rasstroystv u voennosluzhashchikh po prizyvu Vooruzhennykh sil Respubliki Belarus' (2003–2016 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. Pp. 48–68. (In Russ.)

Evdokimov V.I., Chernov D.A. Dynamics of mental disorders among conscript servicemen of the Armed Forces of the Republic of Belarus (2003–2016). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. Pp. 48–68.

РОЛЬ УЧЕНЫХ КАФЕДРЫ ДУШЕВНЫХ И НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В СТАНОВЛЕНИИ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ЗА РУБЕЖОМ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Рассматриваются исторические аспекты влияния ученых кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии (до 1881 г. – Медико-хирургической академии) в Санкт-Петербурге на становление и развитие психиатрии и неврологии за рубежом. Отмечается, что деятельность ученых кафедры в значительной степени способствовала организации психоневрологической помощи во многих странах Восточной Европы и «ближнего зарубежья». В этих странах ими были сформированы национальные научные школы неврологов и психиатров, основаны ведущие научные, лечебные и учебные психоневрологические учреждения.

Ключевые слова: психиатрия, неврология, организация здравоохранения, Военно-медицинская академия (Медико-хирургическая академия), В.М. Бехтерев, зарубежные страны.

Введение

В течение XIX и в начале XX в. существовали довольно тесные связи невропатологов и психиатров стран Восточной Европы с учеными кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии (до 1881 г. – Медико-хирургической академии) в Санкт-Петербурге. С одной стороны, это было обусловлено тем, что часть из них в то время входила в состав Российской империи, с другой – высоким авторитетом отечественной психоневрологической школы, источником которой являлись ученые Военно-медицинской академии и, в частности, кафедры душевных и нервных болезней. Вместе с тем до настоящего времени глубокого и объективного анализа вклада ученых академии в становление и развитие психиатрии и неврологии за рубежом не проводилось.

✉ Чудиновских Анатолий Геннадьевич – д-р мед. наук доц., каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: chag@yandex.ru;

Одинак Мирослав Михайлович – д-р мед. наук проф., академик РАН, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6).

Цель исследования – уточнить роль ученых кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии в становлении психиатрии и неврологии за рубежом.

Основное содержание

Рассматривая вопрос о влиянии ученых Военно-медицинской академии на становление национальных психоневрологических школ необходимо прежде всего упомянуть **Польшу**. Именно польские ученые И.М. Балинский (1824–1902 гг.) и И.П. Мержеевский (1838–1908 гг.) стали основателями российской психиатрии и неврологии. Выходцами из Польши были сотрудники кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии (в то время она называлась «кафедра учения о нервных болезнях и болезнях, сопряженных с расстройством умственных способностей Медико-хирургической академии») профессора С.Д. Владычко и О.А. Чечотт, а также известные отечественные психиатры А.Ф. Эрлицкий и С.Н. Данилло. Вполне естественно, что они активно участвовали в становлении психоневрологии на своей исторической родине. Так, Иван Михайлович Балинский принимал непосредственное участие в строительстве первого в Польше «центрального дома для помешанных» в Варшаве. Его ученик Иван Романович Пастернацкий (1849–1887 гг.) после работы в Медико-хирургической академии в последние годы жизни выполнял обязанности экстраординарного профессора психиатрии Варшавского университета (читал студентам лекции по нервным и душевным болезням, когда кафедра и клиника еще не были организованы).

Кафедру и клинику нервных и душевных болезней Варшавского университета до Первой мировой войны также возглавляли сотрудники кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. В 1888 г. ее организовал Н.М. Попов, ставший экстраординарным, а с 1890 г. ординарным профессором этой кафедры. После его перевода в г. Казань (в 1893 г.) кафедру душевных и нервных болезней медицинского факультета Варшавского университета возглавил А.Е. Щербак (с 1894 г. – экстраординарный, а с 1897 г. – ординарный профессор этой кафедры). А.Е. Щербак занимал эту должность до 1910 г., когда в знак протеста против революционных событий вместе с группой профессоров подал в отставку и переехал в Севастополь.

До 1913 г. курс душевных и нервных болезней в Варшавском университете приезжал читать из Санкт-Петербурга А.В. Гервер (приват-доцент кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской ака-

демии, а с 1907 г. – профессор кафедры семиотики и диагностики душевных болезней Психоневрологического института).

С 1913 г. кафедрой нервных и душевных болезней Варшавского университета руководил К.С. Агаджанянц (врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии, а с 1911 г. – директор физиотерапевтической клиники Санкт-Петербургского Психоневрологического института). После начала Первой мировой войны Варшавский университет был эвакуирован в Ростов-на-Дону и переименован в Донской государственный университет, в котором К.С. Агаджанянц продолжал руководить кафедрой до 1920 г.

Следует отметить, что сотрудники кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии преподавали в Варшавском университете не только психоневрологию. Так, ученик В.М. Бехтерева проф. К.И. Ноишевский, наряду с преподаванием психиатрии и неврологии, стоял у истоков развития офтальмологии в Польше. В 1920 г. он организовал первое Общество польских офтальмологов, основал журнал «Глазные болезни», редактором которого был с 1923 по 1930 г. [1].

Национальную школу психиатрии и неврологии **Болгарии** в начале XX в. основал проф. Н.М. Попов со своими учениками. После открытия медицинского факультета в Софийском университете он вместе с А.Э. Янишевским был приглашен для организации самостоятельной кафедры и клиники душевных и нервных болезней университета, заложив тем самым «основы болгарской клинической психиатрии» [16].

По мнению И. Темпова, его работа в области болгарской психиатрии «была исключительно полезной и оставила глубокий след» [16]. Впоследствии не менее яркий вклад в развитие психиатрии в Болгарии оставил Н. Крыстников. Он, будучи преемником Н.М. Попова, стал «первым болгаринном, возглавившим Университетскую невропсихиатрическую клинику» [16]. Н. Крыстников проявил себя как крупный клиницист и талантливый преподаватель, подготовивший целую плеяду молодых ученых-психиатров. Воспитанник Военно-медицинской академии (выпуска 1904 г.), хорошо знакомый с трудами В.М. Бехтерева, Н. Крыстников считается также основоположником болгарской психотерапии.

Ученик Н.М. Попова, А.Э. Янишевского и Н.Г. Крыстникова проф. Г. Узунов разработал ряд актуальных для того времени проблем так называемой «социальной психопатологии». Важную роль в формировании современной болгарской психиатрии сыграл руководимый им коллектив сотрудников Софийской нервно-психиатрической клиники. В 1954 г. по его

инициативе было открыто специализированное (по аналогии с ранее созданным по инициативе В.М. Бехтерева и Л.М. Пуссепса нейрохирургическим отделением кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии) нервно-хирургическое отделение. В последующем оно было преобразовано в Нервно-хирургическую клинику при Институте усовершенствования и специализации врачей [16].

Е.В. Шмидт и Л.И. Александрова так отмечают его роль в становлении и развитии психиатрии и неврологии в Болгарии: «Г. Узунов – ведущий психиатр страны, крупный ученый, большой общественный деятель и организатор науки. Будучи учеником Попова, Янишевского и Крыстникова, он, в свою очередь, является учителем большинства не только психиатров, но и невропатологов Болгарии, так как разделение этих дисциплин произошло здесь только в конце 50-х годов, и до настоящего времени между кафедрами невропатологии и психиатрии сохраняется тесная связь. По его инициативе в Болгарии в 1961 г. создан Психоневрологический институт, в Ученый совет которого входят все крупные невропатологи и психиатры страны» [17].

Основателями **чешской** психоневрологии также были ученики В.М. Бехтерева. Один из них – проф. Зденек Мыслевичек – до 1909 г. работал в клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. С 1930 г. он руководил клиникой психиатрии Пражского университета. Другой основатель чешской психоневрологии – Л.А. Гашковец – считал В.М. Бехтерева не только учителем, но и личным другом. Эта дружба продолжалась всю жизнь. Владимир Михайлович неоднократно посещал Л.А. Гашковца в Праге (в последний раз в 1927 г., за несколько месяцев до своей смерти). В 1926 г. Л.А. Гашковец основал первую в Чехословакии клинику нервных болезней, заложив основы для создания целой школы чешских невропатологов. В 1904 г., будучи молодым 33-летним ученым, он основал первый чешский невропатологический журнал «Чешская неврология и психиатрия» и был его редактором и издателем [4].

Основателем невропатологии и психиатрии **Хорватии** можно считать ученика проф. И.А. Сикорского (с 1873 г. – врача психиатрической клиники Медико-хирургической академии, а с 1882 г. – приват-доцента кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии) – М.Н. Лапинского, который в 1921 г. организовал в Загребском университете кафедры и клиники невропатологии и психиатрии (руководил ими в течение 25 лет).

Психоневрологическая помощь населению в **Монголии** отсутствовала до 1931 г., когда для ее организации из СССР был специально командирован проф. А.В. Ильин (до 1907 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии). Он создал первые психоневрологические учреждения и подготовил первые национальные кадры, за что был удостоен правительственной награды Монголии [5].

После революции ряд сотрудников клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии и учеников В.М. Бехтерева эмигрировали в г. Шанхай. Так, в частности, А.Э. Бари (с 1896 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии) с 1922 г. жил в Шанхае, где (с 1925 г.) возглавлял Общество русских врачей. В 1931 г. он инициировал создание и стал вице-председателем Русского медицинского общества в **Китае**. Другой ученик В.М. Бехтерева – психиатр А.В. Тарле (родной брат российского академика Е.В. Тарле) – с начала 1920-х гг. также оказался в Китае: жил в Шанхае, где имел собственную психиатрическую клинику. С 1929 г. он – вице-председатель, а с 1931 г. – председатель Общества русских врачей в Шанхае [8].

Не менее весомый вклад сотрудники клиники и кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии внесли в развитие неврологии и психиатрии в странах «ближнего зарубежья». Так, в частности, становление психиатрии и невропатологии на **Украине** проходило под непосредственным влиянием профессоров кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. Началом развития психоневрологии в г. Киеве было основание Кирилловской психиатрической больницы, в проектировании и строительстве которой принимали участие И.М. Баллинский и его ученик В.Н. Чехов.

Научное развитие психиатрии и невропатологии на Украине началось в 1885 г., после учреждения соответствующей кафедры при Киевском университете Святого Владимира (после революции медицинский факультет университета реорганизован в медицинский институт, который сейчас носит название «Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца»). Основатель кафедры проф. И.А. Сикорский сыграл при этом особую роль (руководил кафедрой с 1885 по 1903 г.). В 1890 г. он основал клинику нервных болезней университета Святого Владимира при больнице цесаревича Александра, в 1896 г. – журнал «Вопросы нервно-психической медицины», в 1898 г. – Киевское психиатрическое общество, в 1904 г. – частный врачебно-педагогический институт «для умственно недоразвитых,

отсталых и нервных детей», в 1908 г. – Фребелевский женский педагогический институт [9].

Значительную роль в преподавании душевных и нервных болезней в Харьковском университете сыграл Я.А. Анфимов (с 1886 г. – врач клиники, а с 1890 г. – приват-доцент кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии.). В 1894 г. он переехал в г. Харьков и 25 лет руководил кафедрой нервных и душевных болезней Харьковского университета, организовал при кафедре психиатрическую клинику, с 1903 по 1912 г. был председателем Харьковского общества научной медицины и гигиены. После его отъезда в Грузию кафедрой душевных и нервных болезней в Харьковском университете руководили его ученики К.И. Платонов (с 1904 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии) и А.О. Попов.

В 1921 г. в г. Харькове был организован Украинский психоневрологический институт, а в 1923 г. в Харьков приехал работать В.П. Протопопов (с 1906 г. – лаборант клиники, а с 1911 г. – приват-доцент кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии). Он осуществил мероприятия по реорганизации крупнейшей в СССР психиатрической больницы (Сабуровой дачи), создал самостоятельную кафедру психиатрии медицинского института, которой заведовал 20 лет, а также первую в Советском Союзе кафедру высшей нервной деятельности при Институте народного образования. В 1926 г. В.П. Протопопов был организатором и директором первого в УССР научно-исследовательского психоневрологического учреждения – Украинского научно-исследовательского института клинической психиатрии и социальной психогигиены им. Я.М. Свердлова. В 1931 г. В.П. Протопопов организовал первый и единственный в Советском Союзе Психоневрологический (учебный) институт и был первым его деканом. В этом институте он руководил кафедрой психиатрии и созданной им же кафедрой высшей нервной деятельности. В этот, харьковский, период своей деятельности он много работал в учреждениях Наркомпроса, а также Наркомата обороны. Состоял профессором рефлексологии в Институте народного образования, заведовал секцией рефлексологии при Научно-исследовательском институте педагогики. Организовал в г. Харькове журнал «Украинский вестник экспериментальной педагогики и рефлексологии» и был его главным редактором. Кроме того, с 1931 г. В.П. Протопопов – редактор выходившего в г. Харькове журнала «Советская психоневрология» [2].

В 1923 г. происходит разделение кафедры нервных и душевных болезней университета, медицинский факультет которого становится отдельным институтом. Кафедру психиатрии возглавил В.П. Протопопов, кафедру факультетской неврологии – К.И. Платонов. По их инициативе в 1932 г. в Харькове на базе трех учреждений (Институт клинической психиатрии и социальной психогигиены, Психоневрологический институт и учебный Психоневрологический институт с 5-летним сроком обучения) была организована Украинская психоневрологическая академия, которая вскоре стала ведущим в СССР психоневрологическим центром. Руководители трех учреждений, которые были объединены во Всеукраинскую психоневрологическую академию, В.П. Протопопов и А.И. Ющенко, были учениками В.М. Бехтерева. Поэтому цели, поставленные перед объединенным учреждением, были аналогичны целям, которые в свое время ставил В.М. Бехтерев, создавая в Санкт-Петербурге Психоневрологический институт.

1920–1930-е гг. были наиболее благоприятным периодом для харьковской психоневрологии. Наверное, потому, что столица Украины какое-то время находилась в Харькове и город был научным центром республики. Именно в эти годы, в основном благодаря усилиям В.П. Протопопова и А.И. Ющенко, была сформирована своеобразная харьковская школа психоневрологов, а К.И. Платонов и его ученик И.З. Вельвовский заложили основы оригинальной школы психотерапевтов.

Поскольку г. Харьков в ходе Великой Отечественной войны несколько раз переходил из рук в руки, город был существенно разрушен, а Психоневрологический институт был эвакуирован в г. Тюмень. После освобождения Украины В.П. Протопопов переехал работать в г. Киев. В знак заслуг перед Харьковской медициной психоневрологическому институту, который в 1965 г. был переименован в Харьковский институт неврологии и психиатрии Минздрава УССР, было присвоено имя В.П. Протопопова.

В послевоенное время (с 1970 по 1991 г.) кафедрой психиатрии Харьковского медицинского института руководил Н.Е. Бачериков (до 1959 г. – помощник начальника клиники психиатрии Военно-медицинской академии). Кафедрой неврологии в Харьковском институте усовершенствования врачей с 1969 по 1979 г. заведовал А.П. Зинченко (с 1953 г. – преподаватель кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии), а затем ученик А.П. Зинченко – В.Д. Деменко.

В послевоенное время большое влияние на развитие психоневрологии в столице Украины оказал В.П. Протопопов, который в 1944 г. переехал в г. Киев. Он создал в Киеве отдел психиатрии и патофизиологии

высшей нервной деятельности в системе Академии наук УССР, действительным членом которой был избран в 1945 г., кафедре психиатрии и кафедре высшей нервной деятельности в Киевском институте усовершенствования врачей. Этими учреждениями руководил до конца своей жизни. Кроме того, он организовал врачебно-педагогический кабинет для дефективных детей, был консультантом школы собаководства, председателем ученого совета Минздрава УССР (1944–1947 гг.), первым инспектором по психиатрии Наркомздрава УССР, с 1948 г. – главным психиатром Минздрава УССР, председателем совета по вопросам психиатрии [2].

Кафедру нервных болезней Киевского института усовершенствования врачей в послевоенное время возглавлял преподаватель кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии ученик М.И. Аствацатурова и Б.С. Дойникова проф. Д.И. Панченко, исполняя также обязанности главного невропатолога Украины.

К становлению психоневрологической помощи в г. Одессе непосредственное отношение имел И.М. Балинский, который проектировал в городе строительство окружной психиатрической больницы. Научное развитие психиатрии и невропатологии в Одессе началось после организации медицинского факультета при Новороссийском университете. С 1903 по 1912 г. кафедре нервных и психических болезней факультета возглавлял Н.М. Попов (с 1879 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии), который создал собственную оригинальную школу. После организации в Одессе медицинского института кафедры психиатрии и нервных болезней были разделены. Кафедру психиатрии возглавил Е.А. Шевалев (с 1911 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии). В 1923 г. он основал «Общество нормальной и патологической рефлексологии им. В.М. Бехтерева», которое впоследствии было реорганизовано в «Общество психиатров и невропатологов». Кафедру нервных болезней Одесского медицинского института с 1928 г. возглавил Г.И. Маркелов. В последующем (в 1931 г.) он вместе с Е.А. Шевалевым организовал психоневрологический институт в г. Одессе.

В конце XIX в. в г. Виннице открылась окружная психиатрическая больница на 1000 коек, в проектировании и строительстве которой принимал участие Л.Ф. Рагозин (с 1877 по 1882 г. – младший врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии). В 1897 г. больницу возглавил А.И. Ющенко (в 1934 г. Винницкой психиатрической больнице было присвоено его имя).

Становление научной психиатрии в **Белоруссии** связано прежде всего с именем А.К. Ленца (с 1913 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии), который не только основал кафедру и клинику психиатрии Белорусского государственного университета в г. Минске, но и организовал Институт высшей нервной деятельности Академии наук Белорусской ССР.

Основателем неврологии и психиатрии **Грузии** с полным основанием можно считать проф. Я.А. Анфимова. По справедливому замечанию П.М. Сараджишвили, «до него в Грузии почти не существовало организованной неврологической и психиатрической помощи населению» [14]. В 1919 г. Я.А. Анфимов переехал в г. Тифлис, где начал читать курс лекций по психиатрии и невропатологии в закавказском университете, а в 1920 г. организовал кафедру душевных и нервных болезней Грузинского государственного университета, до 1925 г. заведовал ею и воспитал первые национальные кадры. В 1920 г. в бывшей Михайловской больнице (в последующем – Республиканская центральная клиническая больница) Я.А. Анфимов организовал первую в стране «нервную клинику» медицинского факультета Тбилисского университета [6].

В становлении грузинской психиатрии немаловажную роль сыграл также ученик В.П. Осипова А.Д. Зурабашвили (с 1931 по 1938 г. работал на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии). В 1926–1931 гг. он начал активную деятельность в Грузии по созданию психиатрических кадров, организации психоневрологической помощи населению, а также по разработке психиатрической терминологии на родном языке. Им на грузинском языке написан учебник психиатрии для студентов и врачей, выдержавший четыре издания. С 1938 г. А.Д. Зурабашвили – директор Научно-исследовательского института психиатрии им. М.М. Асатиани Минздрава Грузинской ССР (руководил им в течение 50 лет). С 1938 по 1959 г. он возглавлял кафедру и психиатрическую клинику Тбилисского медицинского института и одновременно (до 1950 г.) руководил отделом мозга в Институте физиологии им. акад. И.С. Бериташвили Академии наук Грузинской ССР.

Организация психиатрической помощи в **Киргизии** началась во время Великой Отечественной войны, когда в республики Средней Азии были эвакуированы учреждения и научные кадры из оккупированных районов страны. В г. Фрунзе был организован медицинский институт. Кафедру психиатрии в институте основал и до конца жизни возглавлял профессор Н.В. Канторович (с 1940 г. – доцент кафедры психиатрии Военно-морской

медицинской академии). Он же организовал Киргизское общество невропатологов и психиатров и свыше 20 лет был главным психиатром Минздрава Киргизской ССР. Поскольку ранее психиатрическая помощь населению практически отсутствовала, Н.В. Канторович создал в Киргизии первый в СССР нервно-психиатрический медицинский техникум, при его активном участии был открыт ряд психиатрических больниц, подготовлены национальные кадры [11].

В становлении психиатрии в **Латвии** принимал особое участие И.М. Балинский. В 1873 г. он был командирован в города Ригу, Митаву и Ревель «для устройства окружных домов умалишенных» [15]. В становлении неврологии и психиатрии в **Литве** заметную роль сыграл С.Д. Владычко (в 1906 г. на кафедре душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии защитивший первую диссертацию, посвященную психиатрии военного времени). В 1918 г. он выехал из Петрограда в г. Вильнюс, где в университете Стефана Батория возглавил кафедру неврологии и психиатрии, которой руководил до 1933 г. [3].

Эстонский университет в г. Тарту (старые названия – Дерпт, Юрьев) был одним из ведущих университетов в России. В 1891 г. руководителем кафедры и клиники психиатрии университета был назначен проф. В.Ф. Чиж (с 1880 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии). С 1894 по 1904 г. он читал для студентов всех факультетов курс физиологической психологии, а в 1904 г. был избран деканом медицинского факультета университета [7]. С началом Первой мировой войны В.Ф. Чиж был призван в армию. В 1915 г. экстраординарным профессором кафедры душевных и нервных болезней был избран А.И. Ющенко (с 1896 г. – врач клиники душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии). Вначале эпизодически, а затем, с 1917 г., на постоянной основе он работал в Тарту. В 1918 г. он был избран ординарным профессором, однако в этой должности пробыл лишь несколько месяцев, так как в мае 1918 г. Тарту был оккупирован немцами. А.И. Ющенко попал в плен, из которого ему удалось бежать в Петроград [13]. Когда занятия в университете возобновились, кафедру психиатрии возглавил ученик В.Ф. Чижа – М.В. Брезовский. Он читал курсы психиатрии и неврологии до 1921 г., затем неврологию стал читать Л.М. Пуссеп (ученик В.М. Бехтерева, основоположник отечественной нейрохирургии), который организовал кафедру и клинику нервных болезней на медицинском факультете университета г. Тарту. Эта клиника отличалась от других существовавших в то время кафедр и клиник тем, что здесь неврология была тесно связана с

нейрохирургией. С 1923 г. Л.М. Пуссеп стал издавать журнал «Folia Neuropathologica Estoniana», воспитал многочисленных учеников и был основателем как невропатологии, так и нейрохирургии в Эстонии [12].

Заключение

Таким образом, деятельность ученых кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии и их учеников в значительной степени способствовала организации психоневрологической помощи во многих странах Восточной Европы и «ближнего зарубежья». Они не только основали в этих странах научные, учебные и лечебные психоневрологические учреждения, но и сформировали национальные научные школы невропатологов и психиатров, продолживших традиции своих учителей.

Литература

1. Архангельский Г.В. Роль К.И. Ноишевского в развитии отечественной клинической неврологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, вып. 5. – С. 764–768.

2. Бирюкович П.В. К 100-летию со дня рождения Виктора Павловича Протопопова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1980. – Т. 80, вып. 11. – С. 1710–1713.

3. Акименко М.А., Вид В.Д., Коцюбинский А.П., Попов Ю.В. Ведущие ученые Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева: антология / под общей ред. Н.Г. Незнанова. – СПб. : Изд. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2007. – 425 с.

4. Досушков, Ф.Н. Ладислав Гашковец (к 100-летию со дня рождения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1966. – Т. 66, вып. 9. – С. 1426–1427

5. Аристарх Владимирович Ильин (некролог) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1960. – Т. 60, вып. 12. – С. 1694.

6. Кавтарадзе П.П. Жизнь и деятельность заслуженного профессора Я.А. Анфимова. – Тбилиси : Сабчота Сакартвело, 1960. – 22 с.

7. Кару Э.Ю. 80 лет психиатрической клинике в городе Тарту // Вопросы клинической неврологии и психиатрии : сб. тр., посвящ. 80-летию Психиатрич. клиники и 40-летию Неврологич. клиники в Тарту. – Тарту, 1962. – Т. 2. – С. 7–12.

8. Масоликова Н.Ю., Сорокина М.Ю. Бехтеревский психоневрологический институт и российское научное зарубежье // Психоневрология в современном мире : материалы к юбил. науч. сессии к 100-летию со дня основания С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева. – СПб. : Человек и здоровье, 2007. – С. 69–70.

9. Менжулин В.И. Другой Сикорский: неудобные страницы истории психиатрии. – Киев : Сфера, 2004. – 490 с.

10. Мирский М.Б. Г.Я. Трошин – невролог, психиатр, психолог (к 120-летию со дня рождения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1995. – Т. 95, вып. 3. – С. 66–69.

11. Прокудин В.Н. Николай Витальевич Канторович (к 100-летию со дня рождения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, вып. 12. – С. 59–60.

12. Раудам Э.И. Развитие неврологии в Эстонской ССР // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. – Т. 67, вып. 4. – С. 597–559.

13. Саарма, Ю.М. 100-летие кафедры и клиники психиатрии в Тарту // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1981. – Т. 81, вып. 11. – С. 1716–1720.

14. Сараджишвили П.М., Зедгенидзе Г.С., Сигуа Р.А. Достижения неврологии в Грузинской ССР. К 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. – Т. 67, вып. 10. – С. 1568–1570.

15. Текутьев Ф.С. Исторический очерк кафедры и клиники душевных и нервных болезней при Императорской Военно-медицинской (бывшей Медико-хирургической) академии. – СПб. : Воен. тип., 1898. – 303 с.

16. Темпов И. Развитие Болгарской психиатрической науки и психоневрологической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1957. – Т. 57, вып. 1. – С. 114–123.

17. Шмидт Е.В. Александрова Л.И. Неврология Венгерской Народной республики и Народной республики Болгарии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1960. – Т. 60, вып. 8. – С. 1049–1050.

Поступила 21.04.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Чуудиновских А.Г., Одинак М.М. Роль ученых кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии в становлении психиатрии и неврологии зарубежных странах // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 69–83.

**PARTICIPATION OF THE SCHOLARS OF THE MENTAL AND NEURAL DISEASES
DEPARTMENT OF THE MILITARY MEDICAL ACADEMY IN ESTABLISHING
PSYCHIATRY AND NEUROLOGY ABROAD**

Chudinovskikh A.G., Odinak M.M.

Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, Russia)

✉ Anatolii Gennad'evich Chudinovskikh – Dr. Med. Sci. Associate Prof.,
Department of Psychiatry The Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: chag@yandex.ru;

Miroslav Mikhailovich Odinak – Dr. Med. Sci. Prof., Member Russian Academy of Sciences, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia).

Abstract. Examines the historical aspects of the influence of scientists of the Department of mental and nervous diseases military medical Academy (pre – 1881, Medico-surgical Academy) in St. Petersburg on the formation and development of Psychiatry and Neurology abroad. States that the scientists of the Department contributed significantly to the Organization of mental health care in many countries of Eastern Europe and the "near abroad". In these countries they have formed national scientific School of neurologists and psychiatrists based leading scientific, medical and educational neuropsychiatric institutions.

Keywords: psychiatry, neurology, Health Organization, Military Medical Academy (Medico-Surgical Academy), V.M. Bekhterev, foreign countries.

References

1. Arkhangel'skii G.V. Rol' K.I. Noishevskogo v razvitii otechestvennoi klinicheskoi nevrologii [The role Of Noishevskogo in development of domestic Clinical Neurology]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1987. Vol. 87, Issue 5. Pp. 764–768. (In Russ.)
2. Biryukovich P.V. K 100-letiyu so dnya rozhdeniya Viktora Pavlovicha Protopopova [To the 100 anniversary of the birth of Victor Pavlovich Protopopov]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1980. Vol. 80, Issue 11. Pp. 1710–1713. (In Russ.)
3. Akimenko M.A., Vid V.D., Kotsyubinskii A.P., Popov Yu.V. Vedushchie uchenye Psikhonevrologicheskogo instituta im. V.M. Bekhtereva: antologiya [Leading scientists from psycho-neurological Institute. V.M. Bekhterev: anthology]. Ed. N.G. Neznanov. Sankt-Peterburg. 2007. 425 p. (In Russ.)
4. Dosuzhkov, F.N. Ladislav Gashkovets (k 100-letiyu so dnya rozhdeniya) [Ladislav Gashkovec (to the 100-th anniversary)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1966. Vol. 66, Issue 9. Pp. 1426–1427. (In Russ.)
5. Aristarkh Vladimirovich Il'in (nekrolog) [Ilyin (obituary)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1960. Vol. 60, Issue 12. Pp. 1694. (In Russ.)
6. Kavtaradze P.P. Zhizn' i deyatel'nost' zaslužennogo professora Ya.A. Anfimova [The life and activity of the honored Professor J.A. Anfimau]. Tbilisi. 1960. 22 p. (In Russ.)
7. Karu E.Yu. 80 let psikiatricheskoi klinike v gorode Tartu [80 years of psychiatric clinic in Tartu]. *Voprosy klinicheskoi nevrologii i psikiatrii* [Questions of Clinical Neurology and Psychiatry] : Scientific. Conf. Proceedings. Tartu. 1962. Vol. 2. Pp. 7–12. (In Russ.)
8. Masolikova N.Yu., Sorokina M.Yu. Bekhterevskii psikhonevrologicheskii institut i rossiiskoe nauchnoe zarubezh'e [Russian Institute of psychoneurology bekhterevesky scientific diaspora]. *Psikhonevrologiya v sovremennom mire* [Psychoneurology

ogy in the modern world] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2007. Pp. 69–70. (In Russ.)

9. Menzhulin V.I. Drugoi Sikorskii: neudobnye stranitsy istorii psikiatrii [Other Sikorsky: awkward pages of history of Psychiatry]. Kiev 2004. 490 p. (In Russ.)

10. Mirskii M.B. G.Ya. Troshin – nevrolog, psikiatr, psikholog (k 120-letiyu so dnya rozhdeniya) [G.Ya. Troshin – neurologist, psychiatrist, psychologist (to 120-anniversary)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1995. Vol. 95, Issue 3. Pp. 66–69. (In Russ.)

11. Prokudin V.N. Nikolai Vital'evich Kantorovich (k 100-letiyu so dnya rozhdeniya) [Nikolay Vitalievich Kantorovich (to the 100-th anniversary)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2001. Vol. 101, Issue 12. Pp. 59–60. (In Russ.)

12. Raudam E.I. Razvitiye nevrologii v Estonskoi SSR [Development of Neurology in the Estonian SSR]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1967. Vol. 67, Issue 4. Pp. 597–559. (In Russ.)

13. Saarma Yu.M. 100-letie kafedry i kliniki psikiatrii v Tartu [100-year anniversary of the Tartu Psychiatry Clinic]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1981. Vol. 81, Issue 11. Pp. 1716–1720. (In Russ.)

14. Saradzhishvili P.M., Zedgenidze G.S., Sigua R.A. Dostizheniya nevrologii v Gruzinskoi SSR. K 50-letiyu Velikoi Oktyabr'skoi sotsialisticheskoi revolyutsii [Achievement of Neurology in the Georgian SSR. To the 50-th anniversary of the great October socialist revolution]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1967. Vol. 67, Issue 10. Pp. 1568–1570. (In Russ.)

15. Tekut'ev F.S. Istoricheskii ocherk kafedry i kliniki dushevnykh i nervnykh boleznei pri Imperatorskoi Voenno-meditsinskoi (byvshei Mediko-khirurgicheskoi) akademii [Historical sketch of the Chair and clinic of mental and nervous diseases at the Imperial military medical (former medical-surgical) Academy]. Sankt-Peterburg. 1898. 303 p. (In Russ.)

16. Tempov I. Razvitiye Bolgarskoi psikiatricheskoi nauki i psikhonevrologicheskoi pomoshchi [Development of the Bulgarian psychiatric science and mental health assistance]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1957. Vol. 57, Issue 1. Pp. 114–123. (In Russ.)

17. Shmidt E.V. Aleksandrova L.I. Nevrologiya Vengerskoi Narodnoi respubliki i Narodnoi respubliki Bolgarii [Neurology of the Hungarian people's Republic and the people's Republic of Bulgaria]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1960. Vol. 60, Issue 8. Pp. 1049–1050. (In Russ.)

Received 21.04.2018

For citing. Chudinovskikh A.G., Odinak M.M. Rol' uchenykh kafedry dushevnykh i nervnykh boleznei Voenno-meditsinskoï akademii v stanovlenii psikiatrii i nevrologii zarubezhnykh stranakh. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. Pp. 69–83. (In Russ.)

Chudinovskikh A.G., Odinak M.M. Participation of the scholars of the mental and neural diseases Department of the Military Medical Academy in establishing psychiatry and neurology abroad. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. Pp. 69–83.

УДК 159.9 : 616.89-008.441.13

**Р. Мизерене¹, В.А. Мильчакова^{2,3},
С. Мизерас³, С.Г. Григорьев⁴, Г.И. Григорьев^{2,3}**

К ВОПРОСУ О МОТИВАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛИЗМА

¹ Психотерапевтический кабинет

(Литовская Республика, г. Кретинга, ул. Кястучио, д. 18);

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

³ Международный институт резервных возможностей человека (Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11);

⁴ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6).

Роль мотивации на лечение является признанной многими теоретиками и практиками лечения патологических зависимостей и в то же время одной из наименее разработанных проблем в клинической психологии и наркологии. Сам

✉ Мизерене Рута – д-р медицины, врач-психиатр, директор Психотерапевтического кабинета (Литовская Республика, 97163, г. Кретинга, ул. Кястучио, д. 18); e-mail: meshkelis@yandex.ru;

Мильчакова Валентина Александровна – канд. психол. наук доц., каф. общ., медиц. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Мизерас Саулюс – канд. психол. наук, врач-психиатр, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), e-mail: sauliusm@yandex.ru;

Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук проф., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Григорьев Григорий Игоревич – д-р мед. наук проф., проф. каф. общ., мед. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, директор Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: grigorijgi@hotmail.com.

термин «мотивация на лечение» не является общепризнанным и используется как синоним таких терминов, как «лечебная или терапевтическая мотивация», «мотивация абстиненции», «терапевтическая установка», «установка на лечение» и др. Мотивация на лечение реализуется через ряд последовательных стадий: предшествующая размышлениям об изменении поведения; размышлений об изменениях; подготовки к изменениям; сохранения результатов изменений. Движение по стадиям редко выглядит линейно. Многие больные срываются в какой-нибудь точке, возвращаясь к стадии размышления, а иногда даже к предшествующей стадии, после чего возобновляют свои попытки. Однако это не движение по кругу, это, как правило, – восходящая спираль. Мотивация к лечению может находиться на одном из трех уровней: негативная, амбивалентно-амбивалентно-неустойчивая или позитивная мотивация. Структурными компонентами мотивации к лечению являются ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные и поведенческие предикторы. По мнению ряда авторов, изучение и учет структуры и уровня мотивации на лечение у больных алкоголизмом позволило дифференцировать и оптимизировать медико-психологическое сопровождение и реабилитацию пациентов, снизить сроки лечения и увеличить продолжительность ремиссий.

Ключевые слова: мотивация на лечение, алкоголизм, патологические зависимости, стадии мотивации, структура мотивации, уровни мотивации.

Введение

В настоящее время общество не воспринимает трезвость как нравственную ценность, а пьянство – как порок и зло. Пьянство проникло во все слои и все возрастные группы общества [14]. Одним из основных факторов демографического кризиса является сверхвысокое потребление алкоголя. Алкогольные проблемы принимают масштабы гуманитарной катастрофы, приводят к высокому уровню смертности, самоубийств, заболеваемости, травматизма и преступности. Пьянство является одной из причин разрушения традиционного уклада жизни, глубокого кризиса института семьи, увеличения числа разводов и брошенных детей, снижения уровня нравственности и культуры, утраты уважения к труду, росту экономических потерь [9, 11, 20].

Общепризнано, что патологическая зависимость от алкоголя является одной из острейших глобальных проблем, представляющих угрозу национальной безопасности, духовности общества, здоровью его населения, экономике, социальной сфере и правопорядку во многих странах мира.

Отечественные и зарубежные практикующие врачи и деятели науки, понимая важность данной проблемы, уделяют большое внимание изучению нейропсихологических и психофизиологических изменений личности больных алкоголизмом, их роли в эффективности лечения и длительности ремиссии. При этом психологическим проблемам мотивации на изменение

зависимого поведения уделяется особое внимание [9, 14, 18, 19, 23, 25, 26, 35]. Одни авторы считают, что у больных с патологической зависимостью мотивация к лечению является одним из ключевых факторов успеха лечения и позволяет увеличить продолжительность ремиссии, оптимизировать медико-психологическое и духовное сопровождение и реабилитацию пациентов [9, 10, 27, 28, 30, 33, 34, 36], другие – что связь между «внутренней жизнестойкостью» и мотивацией к лечению может быть важным фактором результата лечения в целом и прогнозирования улучшения состояния больного алкоголизмом [6, 35].

Несмотря на все сказанное, проблема мотивации на лечение является одной из наименее разработанных проблем в клинической психологии и наркологии [8, 9, 10, 21, 22].

Следует сказать, что термин «мотивация на лечение» не является общепризнанным. Нами он используется как синоним терминов, используемых на практике и в наркологической литературе, таких как «лечебная или терапевтическая мотивация» [16], «мотивация абстиненции», то есть воздержания, определяющего достижение излечения от алкоголизма [15], «терапевтическая установка» [2], «установка на лечение» [14] и др.

Ряд авторов подчеркивает связь мотивации к лечению с такими понятиями, как «внутренняя картина болезни» [22], «отношение к болезни» [7], «критичность» и «анозогнозия» [1].

Интерес к мотивации достижения возник уже в начале XX в. Мотив достижения в виде устойчивой характеристики личности впервые был обозначен Г. Мюрреем (1938) как устойчивое стремление сделать что-то хорошо и быстро достичь определенного уровня в какой-либо деятельности [34]. Последующие работы Д. Мак-Клелланда (1971, 2007), Х. Хекхаузена (1986, 1998) создали теоретико-методологическую и методическую основу для развернувшихся эмпирических исследований [13, 17, 29, 31]. Полученные в их ходе результаты позволили разработать ряд современных концепций мотивации достижения.

Подход А.Н. Леонтьева. По мнению А.Н. Леонтьева (1983), деятельность представляет собой процесс, который характеризуется постоянно происходящими трансформациями. Деятельность может утратить мотив, вызвавший ее к жизни. Из общей цели деятельности можно выделить промежуточные цели, в результате чего целостное действие дробится на ряд отдельных действий, что особенно характерно для случаев, когда действие протекает в условиях, затрудняющих его выполнение с помощью уже сформировавшихся операций. Поэтому крайне важен анализ динами-

ческих изменений мотивации. Он указывает, что предмет деятельности, придающий ей направленность, есть действительный мотив деятельности, за которым всегда стоит потребность. Основными составляющими деятельности являются действия – процессы, подчиненные представлению о том результате, который должен быть достигнут, то есть процессы, подчиненные сознательной цели. При этом подчеркивается важность анализа целей и смыслов в мотивационной основе деятельности. Субъективное выделение цели рассматривается автором как осознание ближайшего результата, достижение которого осуществляет данную деятельность, способную удовлетворить потребность, отмеченную в ее мотиве [12].

Лечение с позиции деятельностного подхода можно рассматривать как определенную деятельность пациента. Действия, составляющие лечение как деятельность, представляют собой процесс, подчиненный цели лечения, которую ставит перед собой пациент. Мотивация на лечение, таким образом, есть мотивация достижения результата лечения.

Атрибутивная теория мотивации Б. Вайнера. В. Weiner и соавт. (1971) разработали модель каузальных атрибуций. Согласно этой модели, причины поведения описываются способностями, усилиями, трудностью задачи и случаем. Позже автор добавил параметр «контролируемость–неконтролируемость причины субъектом» [4, 36]. Последующие исследования подтвердили, что параметр контролируемости действительно является чрезвычайно важным для оценки субъектом вероятности будущих успехов и предсказания его поведения в ситуации достижения. Ожидания будущих результатов определяются тем, что индивид думает о причинах успехов и неудач. Приписывание (атрибуция) неудачи недостаточным усилиям будет способствовать усилению мотивации достижения, а приписывание (атрибуция) недостатку способностей будет ее уменьшать. В модели каузальных атрибуций причины поведения описываются по двум основаниям: 1) внутренняя или внешняя по отношению к индивидууму; 2) относительно стабильная или нестабильная во времени. Данная теория имеет свои слабые стороны. Последующие исследования многочисленных последователей атрибутивного подхода к мотивации достижения позволили обнаружить такие атрибуции, как действия и отношение других людей, свое настроение, усталость, болезнь, личность, внешний вид и т. д. [3, 35].

Теория самоэффективности А. Бандуры. В 1977 г. А. Бандура предложил концепцию самоэффективности [4]. Автор полагает, что привлекательность результата и вера в позитивный результат недостаточны для запуска мотивации. Необходима также вера в свои способности спра-

виться с данным видом деятельности. Самоэффективность заключается в том, насколько компетентным чувствует себя человек, выполняя то или другое дело. А. Бандура считает, что самоэффективность – центральная и важная детерминанта человеческого поведения. Согласно автору, люди с высокой самоэффективностью более настойчивы, лучше учатся, а также обладают большим самоуважением, менее тревожны и менее склонны к депрессиям [3].

А. Бандура описывает источники, механизмы самоэффективности, ее влияние на мотивационные, когнитивные и эмоциональные процессы, а также на успешность деятельности. Существуют четыре источника самоэффективности: опыт собственных успехов, наблюдения за чужими достижениями, вербальные убеждения и воспринимаемое эмоциональное состояние. Самым большим влиянием на самоэффективность обладает собственный опыт успехов и неудач в попытке достичь желаемых результатов. Этот успех служит лучшим средством терапии недостаточной самоэффективности. Самоэффективность растет также, когда люди наблюдают, как другие успешно справляются с решением различных задач. Автор предположил, что представления о самоэффективности содержат в себе нечто большее, чем просто веру в то, что усилия важны для достижения успеха. Самоэффективность понимается как вера индивида в способность справиться с деятельностью, ведущей к достижению некоторого результата. На формирование представлений о самоэффективности оказывают влияние также самооценка субъектом своих знаний, умений, стратегий преодоления стресса [4].

Теория самодетерминации Э.Л. Деси и Р.М. Райана. Важное значение для понимания мотивации к лечению имеет теория мотивации, разработанная E.L. Deci и R.M. Ryan (1985). В ней ставится вопрос об источниках мотивации достижения [24]. Данная теория состоит из трех концепций:

- 1) концепции самодетерминации, в чем опирается на работы гуманистических психологов. E.L. Deci (1975) постулировал существование трех базовых потребностей: в самодетерминации, компетентности и близких отношениях с другими людьми. Потребность в самодетерминации включает стремление самостоятельно контролировать собственные действия и поведение. Потребность в компетентности включает понимание того, как достичь различных внешних и внутренних результатов. Потребность в связанности включает установление надежной и удовлетворяющей индивиду связи с другими людьми;

2) концепции когнитивной оценки, также построенной на трех основных положениях: первое положение касается переживания автономии, которое является наиболее важным и определяющим для внутренней мотивации, в нем рассматриваются условия влияния внешних факторов на внутреннюю мотивацию с точки зрения локуса каузальности и удовлетворения потребности субъекта в автономии; второе – влияния внешних факторов на внутреннюю мотивацию и удовлетворение потребности в компетентности; третье – динамических влияний на мотивацию, или конкурентности двух ранее указанных потребностей;

3) концепции внешней мотивации, «посторонней» по отношению к субъекту действия [24]. Теория внутренней мотивации посвящена процессу интернализации внешней мотивации, ее спонтанности и стилям саморегуляции. Внутренняя мотивация имеет место тогда, когда человек что-то делает просто потому, что эта деятельность доставляет ему удовольствие. На внутреннюю мотивацию отрицательно влияют внешние факторы, которые не способствуют удовлетворению потребностей субъекта в автономии, компетентности, а также потребности во взаимосвязи с другими людьми и призванные его контролировать.

При внешней мотивации поведение регулируется обещанными наградами и угрозой наказания. Для индивидов, у которых превалирует данный стиль регуляции деятельности, характерно также атрибутирование успехов и неудач либо неизвестным факторам, либо могущественным влиятельным другим людям.

Внутренняя и внешняя мотивация не существуют отдельно друг от друга как два противостоящих друг другу полюса, между ними существуют взаимопереходы. Эти трансформации регулируются с помощью процесса интернализации, который является механизмом, реализующим переход от регуляции с помощью внешних факторов к саморегуляции, и представляет собой некоторый континуум [3, 24].

Интегративная модель мотивации достижения деятельности Т.О. Гордеевой. На основе анализа современных теорий в области мотивации достижения и собственных исследований данная модель включает в себя пять основных мотивационных блоков, а также их предикторов. Выделяются следующие составляющие мотивационного процесса: мотивационно-регулирующий блок, целевой блок, интенциональный блок, блок «реакция на неудачу», блок «усилия» [3].

Мотивационно-регулирующий блок характеризует формирование доминирующих мотивов деятельности. Блок описывает роль внутренней и

внешней мотивации в достиженческой деятельности. В качестве предикторов мотивов деятельности в этом блоке представлены потребности и ценности.

Целевой блок рассматривается как неотъемлемая часть мотивационного процесса, а цель – как осознанное представление предвосхищаемого результата, конечных ситуаций, к которым человек стремится. Этот блок содержит информацию относительно целей достиженческой деятельности. Цели различаются по параметрам: трудность, содержательное разнообразие, конкретность, близость и дальность, собственная постановка цели или цели, навязываемой другими людьми. В качестве предикторов целеполагания рассматриваются представления о собственной эффективности.

Интенциональный блок связан с планированием деятельности, воплощением целей и осуществлением намерений. Вера в контролируемость средств и результатов деятельности рассматривается в данном блоке как предиктор мотивации.

Блок «реакция на неудачу» отражает реагирование на трудности и неудачи, возникающие в процессе достиженческой деятельности. Люди с разной мотивацией достижения выбирают и разные способы преодоления трудностей. В качестве когнитивных предикторов в данном блоке выступают когнитивные предикторы успехов и неудач.

Пятый блок связан с реализацией в деятельности планов и намерений, что проявляется в содержательных и динамических характеристиках активности. В блоке «усилия» показана роль эмоциональных состояний, тревожности и их связи мотивацией [3].

Модель изменения поведения по стадиям Дж.О. Прохазки и К.К. ДиКлементе. J.O. Prochaska и C.C. DiClemente в 1983 г. предложили «транстеоретическую модель изменения по стадиям» при зависимости от психоактивных веществ [25, 34].

Каждая стадия занимает определенный период времени и задает серию задач, которые должны быть выполнены перед тем, как становится возможным переход на следующую стадию. Каждая предыдущая стадия не обязательно ведет к следующей – возможно застревание. Все изменения начинаются с предварающей стадии, но только наиболее мотивированные люди доходят до стадии завершения. Пропускать стадии нельзя. Необходимо каждый раз проходить последовательно все стадии, даже если произошел срыв в попытках измениться. В каждый конкретный момент человек может находиться на разных стадиях в решении разных задач [25, 34].

● 1-я стадия – предшествующая размышлениям об изменении поведения. Человек на этом этапе не имеет никакого намерения изменять свое поведение и отрицает само наличие проблемы. Почти все, кто находятся на этой стадии, хотят менять не себя, а окружающих. На терапию пациенты обычно приходят под давлением других людей или обстоятельств. Будучи принужденными идти к специалисту, эти люди хотят только одного – чтобы окружающие прекратили «придираться» к ним. Если этого не происходит, они могут измениться внешне (например, согласиться на лечение), но только до тех пор, пока внешнее давление не ослабеет. В этом случае они быстро возвращаются в исходное состояние. Такие люди сопротивляются всякому изменению, игнорируют проблему и хотят оставаться в создавшемся состоянии любой ценой. Для этой стадии характерно сопротивление, а также приписывание всей ответственности за происходящее внешним факторам (генетический код, привыкание, семья, общество или «судьба»). На этой стадии преобладает экстернальный локус контроля. Люди на предваряющей стадии также сильно деморализованы. Они не желают говорить, думать или читать о том, что связано с их проблемой, по причине того, что ситуация кажется им безнадежной. Однако одним из обнадеживающих свойств деморализации является возможность противопоставить ей какое-либо конструктивное решение. При этом следует учитывать, что как пациент, так и профессионал могут вместе испытывать деморализацию [25, 34].

● 2-я стадия – размышлений об изменениях. На этой стадии люди осознают наличие проблемы и начинают серьезно задумываться об ее решении. Для них становится важным понимание проблемы, причин ее возникновения, возможных путей разрешения. Многие люди на этой стадии имеют весьма неопределенные планы и реально очень далеки от того, чтобы предпринимать конкретные действия. Часто размышляющий человек отчетливо видит перед собой цель и даже представляет себе пути ее достижения, но не чувствует себя готовым к изменениям. Страх перед неудачей заставляет размышляющих людей снова и снова исследовать все, что связано с их проблемой, в надежде, что лучшее понимание поможет ее преодолеть. Подобное промедление может стать бесконечным. Когда начинается переход от стадии размышления к стадии подготовки, в мыслительных процессах клиента начинаются определенные изменения. Во-первых, он начинает фокусироваться не на проблеме, а на ее решении. Во-вторых, он перестает думать о прошлом и начинает думать о будущем.

Окончание стадии размышления характеризуется ожиданием, активностью, тревогой и возбуждением [34].

- 3-я стадия – подготовки к изменениям. Большинство людей на стадии подготовки планируют конкретные действия в пределах ближайших нескольких месяцев, проделывают последние приготовления перед тем, как начать целенаправленно изменять свое поведение. На этой стадии очень важно громко заявить окружающим о своем намерении. Но, несмотря на то что на стадии подготовки люди предпринимают конкретные действия и выглядят готовыми к переходу на следующую стадию, им не всегда удастся разрешить внутреннюю амбивалентность. На стадии подготовки многие уже начинают совершать активные действия. Степень осознания высока, и ожидания почти осязаемы. Нельзя искусственно сокращать стадию подготовки, не завершив ее в виде обсуждения намерений и разработки детального плана. Нужно быть уверенным, что клиент уже знает достаточно о процессе изменений, чтобы благополучно добраться до стадии сохранения результата и завершения [34].

- 4-я стадия – активных действий. На этой стадии люди начинают открыто изменять свое поведение и свое ближайшее окружение. Они активно противостоят своим страхам и совершают те действия, к которым так долго готовились. Активные действия – это самый деятельный период, требующий максимального вложения сил и времени. Те изменения, которые происходят на этой стадии, гораздо заметнее для окружающих, чем те, что имеют место на других этапах. Опасность заключается в том, что многие, включая и профессиональных врачей, часто ошибочно путают активное действие и изменение в целом, умаляя значимость не только критической работы, предшествующей действию, но и в такой же степени необходимой (и часто более сложной) деятельности, направленной на закрепление и сохранение достигнутого результата. Ослабление поддержки происходит именно тогда, когда в ней особенно нуждаются: то есть во время предварительной стадии и стадии размышления и тогда, когда стадия активного действия уже позади. Те профессионалы, которые склонны путать стадию активного действия с изменением в целом, разрабатывают программы, ориентированные только на изменение поведения. Программы должны быть нацелены на все стадии, а не только на стадию действия. Несмотря на то что изменение поведения – это наиболее очевидное изменение, оно совершенно не является единственным. Точно также необходимо менять степень осознания проблемы, эмоции, представления о себе, мысли

и так далее. И большая часть этих изменений должна произойти раньше, чем наступает время для активных действий [34].

● 5-я стадия – сохранения результатов изменений. Необходимо сохранять и укреплять результаты, достигнутые раньше, и одновременно стремиться избежать срывов и рецидивов. Хотя в традиционной терапии сохранение результата рассматривается как нечто статичное, правда заключается в том, что необходимо и важно продолжение изменений, которое длится всю оставшуюся жизнь. Если к сохранению результата не относиться со всей серьезностью, то гарантирован срыв, причем, как правило, на предварительную стадию или на стадию размышления. Сохранение изменений – это долгий процесс. Окончательной точки в выздоровлении от зависимости ставить нельзя [34].

Изменения по стадиям редко выглядят линейно. Большинство людей срывается в какой-нибудь точке, возвращаясь к стадии размышления, а иногда даже к предварительной стадии, после чего человек возобновляет свои попытки. В среднем человек, вставший на путь изменения себя, вынужден возвращаться к пройденным этапам не один раз. Преодоление непростого пути от стадии размышления до сохранения результата требует непрерывной работы, выработки стратегий борьбы с рецидивами и правильного применения процессов изменения. Несмотря на лучшие намерения, рецидив остается скорее правилом, чем исключением. Однако это – не движение по кругу, это – восходящая спираль [34].

Теоретическая модель мотивации к лечению В.М. Ялтонского. Данная модель разработана на основе собственных исследований и анализа современных отечественных и зарубежных теорий: деятельностного подхода А.Н. Леонтьева, модели внутренней картины болезни В.В. Николаевой, теории самоэффективности А. Бандуры, модели совладающего со стрессом поведения Р.С. Лазаруса, теории самодетерминации Э.Л. Деси и Р.М. Райана, модели изменения поведения по стадиям Дж.О. Прохазки и К.К. ДиКлементе, интегративной модели мотивации достиженческой деятельности Т.О. Гордеевой, и теории мотивационного интервью В.Р. Миллера [32, 33].

Согласно предложенной В.М. Ялтонским (2009) модели, исходя из теории мотивации достижения, процесс лечения может рассматриваться как деятельность, направленная на получение определенного прогнозируемого больным результата терапии. Она обусловлена его внутренним относительно устойчивым стремлением к преодолению болезни, а наличие мотивации к лечению является надежным предиктором успешности лечеб-

но-реабилитационного процесса. Мотивация к лечению лиц, зависимых от психоактивных веществ, представляет собой динамическое многоуровневое образование, имеющее сложную полимерную структуру, являющуюся производным компонентом мотивационного уровня внутренней картины болезни (мотивационный компонент внутренней картины терапии). Она отражает когнитивные стадии готовности к изменению зависимого поведения, возможные переходы в процессе интернализации от регуляции зависимого поведения с помощью внешних факторов к саморегуляции, от внешней мотивации к смешанной мотивации к лечению (внешне и частично внутренней) и обратно. В процессе интернализации происходит замещение внешних представлений о болезни и целесообразности лечения внутренними представлениями больного [9, 21].

В модели мотивации к лечению В.М. Ялтонский выделяет три уровня (негативный, амбигентно-амбивалентно-неустойчивый и позитивный) и сложную структуру, включающую ценностно-смысловые, эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты (предикторы). Уровни и структурные компоненты мотивации к лечению могут быть индивидуализованными мишенями психотерапии [9, 21, 22]:

1-й уровень – негативная мотивация к лечению характеризуется наличием нередко скрываемой от окружающих позитивной мотивации на продолжение злоупотребления и негативной мотивацией к лечению в настоящий момент. Внешняя, контролируемая средой мотивация к лечению отражает побуждение пациента к терапии зависимости, идущее из социальной среды, и полностью регулируется обещанными наградами либо угрозой наказания, силового давления в случае отказа от участия в терапии;

2-й уровень – амбигентно-амбивалентно-неустойчивая мотивация к лечению отражает наличие позитивно-негативной мотивации к лечению, сочетающейся с негативно-позитивной мотивацией на продолжение употребления психоактивного вещества. В сознании больного сосуществуют противоречивые мотивы (амбивалентность мотивов) и противоречивое эмоционально-двойственное отношение пациента к процессу употребления или прекращения употребления психоактивных веществ (амбивалентность чувств);

3-й уровень – на фоне позитивной мотивации на лечение продолжается снижение доли внешнего регулирования поведения, связанного с лечением, и возрастание роли пациента в самостоятельном выборе процесса регулирования болезни и определении необходимой для этого степени собственной активности. В процессе интернализации у пациента возникает

ощущение собственного выбора данной деятельности – лечения, он принимает внешнюю регуляцию как почти собственную [22].

В интегративной модели мотивации на лечение определяется и структура мотивации, которая состоит из нескольких предикторов, или компонентов: ценностно-смысловых, эмоциональных, когнитивных и поведенческих [9, 10].

Ценностно-смысловые компоненты мотивации – это наличие у пациента определенных ценностей. Они включают в себя системы духовных и нравственных ориентиров, мотивов, смыслов, ценностей, целей, запускающих когнитивные, эмоциональные и поведенческие процессы мотивации к лечению как одной из разновидностей мотивационного процесса, регулирующего достижение определенного результата.

Эмоциональные компоненты мотивации к лечению, такие как тревожность, депрессия, гнев и др., отражают особенности эмоциональных переживаний, связанных с процессом лечения и эмоциональные реакции, возникающие в процессе совладания с болезнью – например развод, рецидив и др.

Когнитивные компоненты мотивации к лечению определяются в виде веры в свою способность достигнуть поставленных целей лечения. Они также могут быть представлены такими понятиями, как «обобщенная самооффективность», «самооффективность воздержания от употребления алкоголя», «самооффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива», а также понятиями «признание болезни» и «мотивационная амбигуэнтность».

Поведенческие компоненты мотивации на лечение представлены как мотивация достижения. Они могут быть охарактеризованы через используемые адаптивные, малоадаптивные или псевдоадаптивные стратегии совладания с болезнью, выбор задач лечения адекватного уровня трудности и соответствующих ресурсам совладающего поведения, а также через настойчивость и интенсивность предпринимаемых усилий в достижении поставленной задачи.

Заключение

По мнению некоторых авторов [6, 9, 10], изучение и учет структуры и уровня мотивации на лечение у больных алкоголизмом позволили дифференцировать и оптимизировать медико-психологическое сопровождение и реабилитацию пациентов, снизить сроки лечения и увеличить продолжительность ремиссий.

Литература

1. Бехтель Э.Е. Дозологические формы злоупотребления алкоголем. – М. : Медицина, 1986. – 328 с.
2. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии : учеб. пособие. – М., 2001. – 36 с.
3. Гордеева Т.О. Психология мотивации достижения. – М.: Смысл : Академия, 2006. – 336 с.
4. Гордеева Т.О. Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – С. 49–108.
5. Григорьев Г.И., Александров А.А., Алексеев Г.И. [и др.]. Духовно ориентированная психотерапия / под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : ИИЦ ВМА, 2008. – 499 с.
6. Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С. [и др.]. Чувство связности и уровень мотивации на лечение у больных алкоголизмом // Вестн. психотерапии. – 2016. – № 59 (64). – С. 98–112.
7. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.В. Отношение больных алкоголизмом к лечению и его роль в построении реабилитационных программ // Вопр. наркологии. – 1993. – № 2. – С. 4–11.
8. Зенцова Н.И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации лиц, зависимых от алкоголя и героина : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2009. – 24 с.
9. Колпаков Я.В. Структура и уровень мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя : дис. ... канд. психол. наук. – М., 2010. – 199 с.
10. Колпаков Я.В., Ялтонский В.М. Когнитивные и поведенческие предикторы мотивации на лечение у женщин, зависимых от алкоголя // Вестн. Моск. ун-та. – Сер. 14. Психология. – 2009. – № 4. – С. 44–54.
11. Кошкина Е.А. О наркологической ситуации в Российской Федерации. Москва 26 июня 2015 г. URL: http://c-d-t.ru/wp-content/uploads/2015/07/11.45_Narkologicheskaya-situatsiya-v-RF_Koshkina-E.A.pdf.
12. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. – М. : Изд-во МГУ, 1983. – 392 с.
13. Макклелланд Д. Мотивация человека. СПб. [и др.]. – Питер, 2007. – 610 с.
14. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М. : Мед. информ. аг-во, 2008. – С. 369–406.
15. Соболева Л.Ф., Кошкина Е.А., Широкова М.С. Особенности мотивации антиалкогольного лечения у пациентов наркологических стационаров Москвы и Будапешта // Вопр. наркологии. – 1995. – № 1. – С. 32–39.
16. Соловьева С.Л. Лечебная мотивация у наркозависимых как психологическая проблема // Наркозависимость и медикосоциальные последствия: стратегии профилактики и терапии : сб. материалов междунар. конф. / под общ. ред. В.Д. Менделевича. – Казань, 2003. – С. 167–168.
17. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: в 2 т. / под ред. Б.М. Величковского. – М. : Педагогика, 1986. – Т. 1. – 988 с.

18. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1983. 17 с.
19. Цветкова Л.С. Восстановление высших психических функций. – М. : Акад. проект, 2004. – 383 с.
20. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. «Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме (литературные и собственные данные) // Вопр. наркологии. – 2001. – № 4. – С. 32–43.
21. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных веществ // Вопр. наркологии. – 2009. – № 6. – С. 68–76.
22. Ялтонский В.М. Теоретическая модель мотивации на лечение и профилактика зависимости от психоактивных веществ // Материалы I Рос. нац. конгр. по наркологии. – М. : НИЦ наркологии, 2009. – С. 225–226.
23. De Leon G., Melnick G., Hawke J. The motivation-readiness factor in drug treatment: Implications for research and policy // *Advances in Medical Sociology*. – 2000. – N 7. – P. 103–129.
24. Deci E.L., Ryan R.M. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. – New York : Plenum Press, 1985. – 352 p.
25. DiClemente C.C. Changing addictive behaviors: a process perspective // *Psychiatr. Serv.* – 1999. – Vol. 50, N 11. – P. 1427–1434.
26. Donovan D.M., Rosengren D.B. To thine own self be true : Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers // *Add. Beh.* – 2000. – Vol. 25, N 5. – P. 743–757.
27. Field CA, Adinoff B, Harris TR, Ball SA, Carroll KM. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: data from two multi-site clinical trials. *Drug Alcohol Dependence*. – 2009. – Vol. 101, N 1/2. – P. 115–123.
28. Greenfield S.H. Studies of familial alcoholism: A review // *J. Clinical Psychiatry*. – 2007. – Vol. 45, N 12. – Sect. 2. – P. 14–17.
29. Heckhausen J., Dweck C.S. (Eds.). *Motivation and self-regulation across the life span*. – Cambridge : Cambridge University Press, 1998. – 684 p.
30. Hiller M.L. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated // *Substance Abusers Substance Use & Misuse*. – 2009. – N 44. – P. 28–41.
31. McClelland, D.C. *Assessing Human Motivation*. – New York, 1971. – 584 p.
32. Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) // *Psychol. of Add. Beh.* – 1996. – Vol. 10, N 2. – P. 81–89.
33. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change*. – New York : Guilford, 2002. – 212 p.
34. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors // *Progress in Behavior Modification / Eds.: M. Hersen, R.M. Eisler, W.M. Miller*. – Sycamore, PL, 1992. – P. 184–214.
35. Tikniūtė G. Pacientų sergančių priklausomybe nuo alkoholio vidinė darna ir motyvacija gydymuisi // 27th ECNP Congress of Applied and Translational Neuroscience 18–21 October 2014. – Berlin, 2014.

36. Wild T.C., Cunningham J.A., Ryan R.M. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective // *Add. Behaviors.* – 2006. – N 31. – P. 1858–1872.

Поступила 18.05.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Мизерене Р., Мильчакова В.А., Мизерас С., Григорьев С.Г., Григорьев Г.И. К вопросу о мотивации при лечении алкоголизма // *Вестн. психотерапии.* 2018. № 66 (71). С. 83–101.

TO THE QUESTION OF MOTIVATION IN TREATMENT OF ALCOHOLISM

**R. Miserene¹, V.A. Milchakova^{2,3}, S. Mizeras³,
S.G. Grigoriev⁴, Grigoriev G.I.^{2,3}**

¹ Psychotherapy office (Kyastuchio Str., 16, Kretinga, Republic Lithuania);

² North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia);

³ International Institute of Human Reserve Opportunities
(Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, Russia);

⁴ Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, Russia).

✉ Ruta Miserene – D.M., psychiatrist, Director of Psychotherapy Office (Kyastuchio Str., 16, Kretinga, 97001, Republic Lithuania), e-mail: meshkelis@yandex.ru;

Valentina Aleksandrovna Milchakova – Cand. Psychol. Sci., Associate Professor, Associate Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, clinical psychologist, International Institute of Human Reserve Opportunities (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Saulius Mizeras – Cand. Psychol. Sci., psychiatrist, clinical psychologist, International Institute of Human Reserve Opportunities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: sauliusm@yandex.ru;

Stepan Grigoryevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Senior Research Associate of the research center of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Grigorii Igorevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), Director, International Institute of Human Reserve Opportunities

(Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: grigorijgi@hotmail.com.

Abstract. The role of motivation for treatment is recognized by many theorists and practitioners of treating pathological dependencies and at the same time one of the least developed problems in clinical psychology and narcology. The term "motivation for treatment" is not universally accepted and is used as a synonym for such terms as "therapeutic motivation", "abstinence motivation", "therapeutic attitude", "attitude toward treatment", etc. Motivation for treatment is realized through a series of consecutive stages: preceding thinking about changing behavior; thinking about changes; preparation for change; saving the results of changes. Movement through the stages rarely looks linear. Many patients break down at some point, returning to the stage of thinking, and sometimes even to the previous stage, after which they resume their attempts. However, as a rule, this is an ascending spiral rather than circular movement. There are three levels of motivation for treatment: negative, ambivalent-ambivalent-unstable, or positive motivation. Structural components of motivation for treatment are value-semantic, emotional, cognitive and behavioral predictors. According to some authors, studying and taking into account the structure and level of motivation for treatment in patients with alcoholism helps to differentiate and optimize medical and psychological support and rehabilitation of patients, reduce the duration of treatment and increase the duration of remissions.

Keywords: motivation for treatment, alcoholism, pathological dependencies, stages of motivation, structure of motivation, levels of motivation.

References

1. Bekhtel' E.E. Donozologicheskie formy zloupotrebleniya alkogolem [Prenosological forms of alcohol abuse]. Moskva. 1986. 328 p. (In Russ.)
2. Valentik Yu.V. Reabilitatsiya v narkologii [Rehabilitation in narcology]. Moskva. 2001. 36 p. (In Russ.)
3. Gordeeva T.O. Psikhologiya motivatsii dostizheniya [Psychology of motivation to achieve]. Moskva. 2006. 336 p. (In Russ.)
4. Gordeeva T.O. Motivatsiya dostizheniya: teorii, issledovaniya, problemy. Sovremennaya psikhologiya motivatsii [Motivation of achievement: theory, research, problems. Modern psychology of motivation]. Ed. D.A. Leont'ev. Moskva. 2002. Pp. 49–108. (In Russ.)
5. Grigor'ev G.I., Aleksandrov A.A., Alekseev G.I. [et al.]. Dukhovno orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostei [Spiritually oriented psychotherapy of pathological dependencies]. Ed. G.I. Grigor'ev. Sankt-Peterburg. 2008. 499 p. (In Russ.)
6. Grigor'ev S.G., Mil'chakova V.A., Mizeras S. [et al.]. Chuvstvo svyaznosti i uroven' motivatsii na lechenie u bol'nykh alkogolizmom [The feeling of connectedness and the level of motivation for treatment in patients with alcoholism]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 59. Pp. 98–112. (In Russ.)
7. Eryshev O.F., Rybakova T.V. Otnoshenie bol'nykh alkogolizmom k lecheniyu i ego rol' v postroenii reabilitatsionnykh programm [The attitude of patients

with alcoholism towards treatment and its role in building rehabilitation programs]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 1993. N 2. Pp. 4–11. (In Russ.)

8. Zentsova N.I. Kognitivnye faktory psikhosotsial'noi adaptatsii lits, zavisimyykh ot alkogolya i geroina [Cognitive factors of psychosocial adaptation of alcohol and heroin-dependent persons] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2009. 24 p. (In Russ.)

9. Kolpakov Ya.V. Struktura i uroven' motivatsii na lechenie u zhenshchin, zavisimyykh ot alkogolya [Structure and level of motivation for treatment in women who are addicted to alcohol] : Dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 2010. 199 p. (In Russ.)

10. Kolpakov Ya.V., Yaltonskii V.M. Kognitivnye i povedencheskie prediktory motivatsii na lechenie u zhenshchin, zavisimyykh ot alkogolya [Cognitive and behavioral predictors of motivation for treatment in women addicted to alcohol]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Moscow state university bulletin. Series 14: Psychology]. 2009. N 4. Pp. 44–54. (In Russ.)

11. Koshkina E.A. O narkologicheskoi situatsii v Rossiiskoi Federatsii [On the narcological situation in the Russian Federation]. URL: http://c-d-t.ru/wp-content/uploads/2015/07/11.45_Narkologicheskaya-situatsiya-v-RF_Koshkina-E.A.pdf. (In Russ.)

12. Leont'ev A.N. Izbrannye psikhologicheskie proizvedeniya [Selected psychological works]. Moskva. 1983. 392 p. (In Russ.)

13. Makklelland D. Motivatsiya cheloveka [Human Motivation]. Sankt-Peterburg. 2007. 610 p. (In Russ.)

14. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. Motivatsionnaya rabota s litsami, upotreblyayushchimi narkotiki i zavisimymi ot nikh [Motivational work with persons who use drugs and depend on them]. Rukovodstvo po narkologii [Manual in Narcology]. Ed. N.N. Ivanets. Moskva. 2008. Pp. 369–406. (In Russ.)

15. Soboleva L.F., Koshkina E.A., Shirokova M.S. Osobennosti motivatsii antialkogol'nogo lecheniya u patsientov narkologicheskikh statsionarov Moskvy i Budapeshta [Features of motivation for antialcoholic treatment in patients of narcological hospitals in Moscow and Budapest]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 1995. N 1. Pp. 32–39. (In Russ.)

16. Solov'eva S.L. Lechebnaya motivatsiya u narkozavisimyykh kak psikhologicheskaya problema [Therapeutic motivation of drug addicts as a psychological problem]. *Narkozavisimost' i medikosotsial'nye posledstviya: strategii profilaktiki i terapii* [Drug Dependence and Medical and Social Effects: Prevention and Treatment Strategies]: Scientific. Conf. Proceedings. Ed. V.D. Mendelevich. Kazan'. 2003. Pp. 167–168. (In Russ.)

17. Khekkhauzen Kh. Motivatsiya i deyatel'nost' [Motivation and activities]. In 2 Vol. Ed. B.M. Velichkovskii. Moskva. 1986. Vol. 1. 988 p. (In Russ.)

18. Kholmogorova A.B. Narusheniya reflektivnoi regulatsii poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii [Disturbances of the reflexive regulation of cognitive activity in schizophrenia]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 1983. 17 p. (In Russ.)

19. Tsvetkova L.S. Vosstanovlenie vysshikh psikhicheskikh funktsii [Restoration of higher mental functions]. Moskva. 2004. 383 p. (In Russ.)

20. Shustov D.I., Valentik Yu.V. «Nesuitsidal'noe» autoagressivnoe povedenie pri alkogolizme (literaturnye i sobstvennye dannye) [“Non-suicidal” autoaggressive behavior in alcoholism (literature and personal data)]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2001. N 4. Pp. 32–43. (In Russ.)

21. Yaltonskii V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii k lecheniyu zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [The theoretical model of motivation for the treatment of dependence on psychoactive substances]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2009. N 6. Pp. 68–76. (In Russ.)

22. Yaltonskii V.M. Teoreticheskaya model' motivatsii na lechenie i profilaktika zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv [Theoretical model of motivation for treatment and prevention of dependence on psychoactive substances]. *Materialy I Rossiiskogo natsional'nogo kongressa po narkologii* [Proceeding of the I Russian national congress on narcology]. Moskva. 2009. Pp. 225–226. (In Russ.)

23. De Leon G., Melnick G., Hawke J. The motivation-readiness factor in drug treatment: Implications for research and policy. *Advances in Medical Sociology*. 2000. N 7. Pp. 103–129.

24. Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior. NY.: Plenum Press, 1985. 352 p.

25. DiClemente C.C. Changing addictive behaviors: a process perspective. *Psychiatr. Serv.* 1999. Vol. 50, N 11. Pp. 1427–1434.

26. Donovan D.M., Rosengren D.B. To thine own self be true : Self-concept and motivation for abstinence among substance abusers. *Add. Beh.* 2000. Vol. 25, N 5. Pp. 743–757.

27. Field CA, Adinoff B, Harris TR, Ball SA, Carroll KM. Construct, concurrent and predictive validity of the URICA: data from two multi-site clinical trials. *Drug Alcohol Dependence*. 2009. Vol. 101, N 1/2. Pp. 115–123.

28. Greenfield S.H. Studies of familial alcoholism: A review. *J. Clinical Psychiatry*. 2007. Vol. 45, N 12, Sect. 2. Pp. 14–17.

29. Heckhausen J., Dweck C.S. (Eds.). Motivation and self-regulation across the life span. Cambridge : Cambridge University Press, 1998. 684 p.

30. Hiller M.L. Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated. *Substance Abusers Substance Use & Misuse*. 2009. N 44. Pp. 28–41.

31. McClelland, D.C. Assessing Human Motivation. N.Y., 1971. 584 p.

32. Miller W.R., Tonigan J.S. Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol. of Add. Beh.* 1996. Vol. 10, N 2. Pp. 81–89.

33. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change. New York : Guilford, 2002. 212 p.

34. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors // Progress in Behavior Modification / Eds.: M. Hersen, R.M. Eisler, W.M. Miller. Sycamore, PL, 1992. Pp. 184–214.

35. Tikniūtė G. Pacientų sergančių priklausomybe nuo alkoholio vidinė darna ir motyvacija gydytis. *27th ECNP Congress of Applied and Translational Neuroscience*. 18–21 October 2014. Berlin, 2014.

36. Wild T.C., Cunningham J.A., Ryan R.M. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Add. Behaviors*. 2006. N 31. Pp. 1858–1872.

Received 18.05.2018

For citing. Mizerene R., Mil'chakova V.A., Mizeras S., Grigor'ev S.G., Grigor'ev G.I. K voprosu o motivatsii pri lechenii alkogolizma. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. P. 83–101. **(In Russ.)**

Mizerene R., Mil'chakova V.A., Mizeras S., Grigoriev S.G., Grigoriev G.I. To the question of motivation in treatment of alcoholism. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. P. 83–101.

НАУКОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ СТАТЕЙ ПО БОЕВОМУ СТРЕССУ В РОССИЙСКОМ ИНДЕКСЕ НАУЧНОГО ЦИТИРОВАНИЯ (2008–2017 ГГ.)

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);
Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Представлены основные методологические аспекты анализа последствий боевого стресса участников боевых действий и лиц, косвенно вовлеченных в вооруженный конфликт. Исходя из биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья составлен рубрикатор статей по боевому стрессу. Изложены основные наукометрические показатели публикаций. Показан алгоритм поиска публикаций в базе данных Научной электронной библиотеки. Проанализирована 871 научная отечественная статья, проиндексированная в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ) с 2008 по 2017 г. Среднегодовое количество статей было 90 ± 9 . Общим вопросам посвящены 4,1 % статей, биологическим проблемам – 10,7 %, вопросам медицинской диагностики, клиники и лечения стрессовых расстройств – 46,7 %, психологическим и социальным проблемам – 38,5 %. Объект исследования в 22,8 % составили комбатанты, в 21,6 % – военнослужащие Минобороны России, в 15,6 % – сотрудники МВД России, в 13,3 % – местное население, проживающее в районе ведения боевых действий и других чрезвычайных ситуаций, в 8,5 % – дети. Среднее число цитирований в расчете на одну статью было 1,73, процитированы хотя бы один раз 47,3 % статей, индекс Хирша массива статей составил 14. Представлена публикационная активность и

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); проф. науч.-клинич. и образоват. центра «Психотерапия и клиническая психология» С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9), e-mail: 9334616@mail.ru;

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф, засл. деят. науки России, зам. директора Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: rvikirina@mail.ru;

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., гл. психиатр Вооруженных сил России, нач. каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: shamreyv.k@yandex.ru.

востребованность статей у ведущих авторов, журналов и организаций. РИНЦ открывает большие информационные возможности для исследователей. Имеют полные тексты и представляются бесплатно пользователям 91,4 % статей проанализированной подборки. Даны рекомендации по повышению наукометрических показателей публикаций.

Ключевые слова: боевой стресс, боевая психическая травма, боевое психическое расстройство, острое реактивное состояние, посттравматическое стрессовое расстройство, комбатант, военнослужащий, науковедение, наукометрический показатель, Российский индекс научного цитирования.

Введение

В последнее десятилетие количество боевых действий, контртеррористических операций в мире не уменьшается. Наряду с физическими увечьями, к неблагоприятным их последствиям относится психическая травма, которая может сопровождать не только конкретных участников боевых действий, но и лиц, косвенно вовлеченных в военный конфликт (мирное население, вынужденные переселенцы, дети, родственники и т. д.).

В научных публикациях, посвященных анализируемой проблеме, наиболее часто представлены три определения изучаемого феномена, которые обладают разным смысловым содержанием: клинико-организационное представляет термин «боевая психическая травма»; психологическое и клинико-физиологическое – «боевой стресс» и сугубо клиническое – «боевые стрессовые расстройства».

Термин «боевая психическая травма» не является диагностической категорией и рассматривается как обусловленное боевым стрессом психическое состояние, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются характером взаимовлияния внешних (военно-социальных факторов) и внутренних (физиологических, личностно-психологических и др.) этиопатогенетических факторов.

Использование данного термина связано с невозможностью сведения этиологии боевых стрессовых расстройств к какому-либо одному патогенному фактору (психогенному, физиогенному или соматогенному) и одновременно с необходимостью объединения в общую клинико-динамическую группу их различных (по выраженности и клиническому оформлению) вариантов – от сравнительно легких предпатологических («психологических», «доболезненных») реакций до сформировавшихся изменений личности, вплоть до выраженных органических изменений [4].

Боевая психическая травма, хотя и включает в себя специфическое клинико-организационное понятие «санитарные потери психиатрического профиля», вместе с тем является шире по своему клиническому содержа-

нию. Например, наиболее распространенными в боевых условиях Афганистана оказались не острые реактивные состояния, которым ранее отводилось ведущее место, а затяжные (протрагированные) формы дистрессовых расстройств доболезненного уровня – не всегда влекущие полную утрату боеспособности, но существенно ее ограничивающие [6, 8].

Боевой стресс – совокупность психических состояний, переживаемых участниками боевых действий в процессе адаптации к условиям (стрессорам) боевой обстановки. В идеале боевой стресс должен формировать адаптивные стрессовые реакции и способствовать адаптивности организма к экстремальным воздействиям, и в большинстве случаев так и происходит. С клинической точки зрения, под боевым стрессом следует понимать совокупность психических изменений (нарушений), переживаемых участниками боевых действий (возникающих у них) в процессе адаптации к специфическим условиям боевой обстановки (боевым стрессорам), неблагоприятным для жизнедеятельности и/или угрожающим их здоровью и жизни. Нередко боевой стресс приводит к патологическим проявлениям (боевым стрессовым расстройствам) и различным формам отклоняющегося поведения.

Боевые стрессовые расстройства – острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие воздействия на психику участников боевых действий стресс-факторов боевой обстановки, ведущие к снижению их боеспособности и социальной дезадаптации. Их развитие у индивидов, испытавших боевой стресс, колеблется в широком диапазоне, в среднем от 4 до 20 %. Среди боевых стрессовых расстройств выделяют острые, относительно кратковременные и наименее специфические расстройства (так называемые реакции боевого стресса) и отсроченные, длительные и более специфические нарушения (различные варианты боевых посттравматических стрессовых расстройств). Особые варианты боевых стрессовых расстройств выделяют у раненых. В их развитии наряду с психогенной травмой специфическое влияние оказывают экзогенно-органические факторы. Проявления реакций боевого стресса и боевых посттравматических стрессовых расстройств образуют большой диапазон психических реакций и состояний – от психологически понятных и адаптивных изменений до выраженных и хронических психических расстройств, достигающих порой психотического уровня [4].

Не претендуя на исчерпанность представленного терминологического подхода, авторы статьи указывают лишь на необходимость выработки терминологического единства среди специалистов по проблеме. Отсутст-

вие такого согласия может приводить к не вполне корректной оценке научных результатов, полученных разными авторами, и невозможности проведения их сравнительного анализа.

Область науковедения, изучающая статистические исследования структуры и динамики информационных документов, называется наукометрией. В отличие от информатики, которая исследует закономерности информационной деятельности, в наукометрии анализируются массивы информации для выявления закономерностей функционирования и развития науки, структуры и динамики научных исследований [7]. Представляется необходимым конспективно указать наиболее часто используемые наукометрические показатели [1, 2].

Распространенной оценкой значимости научных публикаций является подсчет цитирований (библиографических ссылок) – упоминаний статьи «А» в списке литературы или в постраничной библиографической ссылке статьи «Б». Если в тексте одной статьи другая публикация упоминается несколько раз, это является одним цитированием.

Считается, что автор публикации должен доказывать свои результаты, а научные исследования других ученых – цитировать. Коэффициент самоцитируемости – это доля во всех полученных цитированиях (за определенный промежуток времени) ссылок автора (журнала, организации) на самого себя. Научным сообществом допускается не более 15–25 % самоцитируемых ссылок.

Классический импакт-фактор, или индекс влияния журналов, показывает среднее число ссылок, сделанных в рассматриваемом году на статьи журнала, опубликованные в течение предыдущих двух лет. Например, импакт-фактор журнала в 2017 г. равен 0,501, значит, была процитирована половина статей, опубликованных в журнале в 2015–2016 гг. Кроме классического 2-летнего импакт-фактора, в некоторых библиографических базах данных, например в Scopus и в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), рассчитывается 3-, 4- или 5-летний импакт-фактор, точнее – 3-, 4- или 5-летний индекс цитирования.

Индекс Хирша отражает цитируемость публикаций исследователя (организации, журнала) за длительный период. Показатель представляет количество статей с максимальным цитированием. Например, если индекс Хирша равен 5, значит имеются 5 статей с цитированием 5 раз и более, а остальные статьи содержат 4 цитирования и менее. В настоящее время появились модификации индекса [11].

В последние годы увеличилось внимание отечественного научного сообщества к наукометрическим индексам. Они стали входить в необходимые показатели научной активности ученого или организации. Чтобы искусственно повысить наукометрические показатели, некоторые исследователи прибегают к так называемым договорным цитированиям. Однако современные информационные технологии выявляют их достаточно четко.

Наиболее известными справочно-библиографическими базами данных мировых публикаций являются Web of Science и Scopus. В Web of Science индексируется более 12,5 тыс. научных журналов мира, в Scopus – около 22 тыс. Считается, что Scopus содержит на 25–30 % больше информации, чем Web of Science [10], в том числе по медицинским наукам больше на 97 %, по социальным – на 90 % (рис. 1).

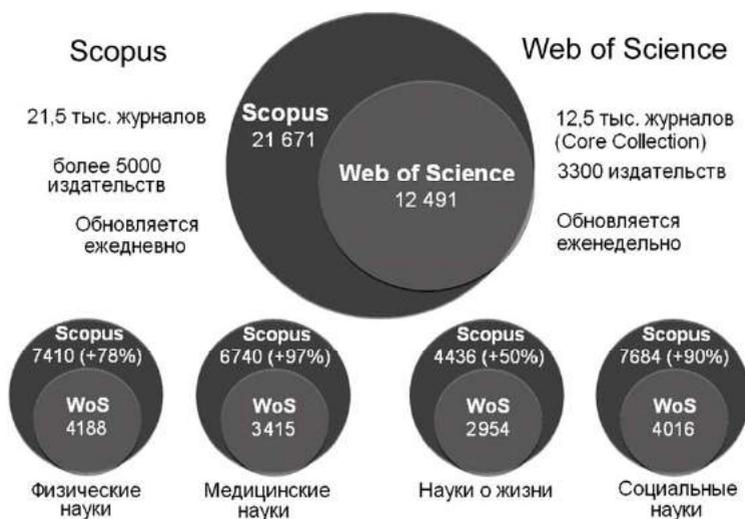


Рис. 1. Индексирование информации в Scopus и Web of Science по некоторым отраслям науки (апрель 2014 г.) [12]

В связи с неснижением количества боевых действий в мировом научном сообществе отмечается интерес к проблемам проявлений боевого стресса у комбатантов и других участников боевых операций. Например, по поисковому словосочетанию «combat stress» в базе данных Scopus за 2008–2017 гг. были найдены 4694 отклика на журнальные научные статьи. Полиномиальный тренд статей при очень высоком коэффициенте детер-

минации ($R^2 = 0,98$) показывает увеличение данных (рис. 2). Среднегодовое количество статей в проанализированный период было 470 ± 35 .

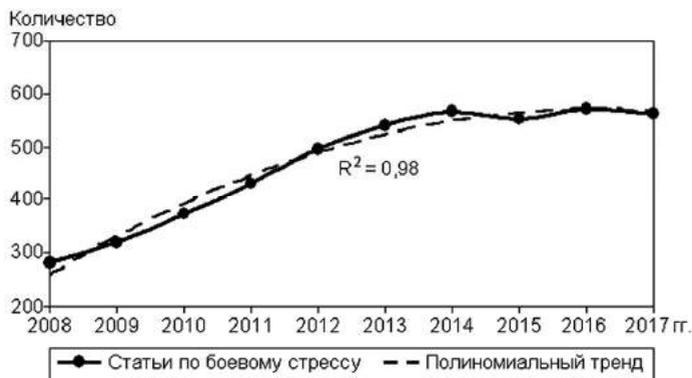


Рис. 2. Динамика зарубежных научных статей по боевому стрессу, проиндексированных в базе данных Scopus

К сожалению, по языковым и другим барьерам с Россией в ней были аффилированы не более 10 % российских статей. Использовать международные информационные базы данных для анализа отечественного массива научных статей по проблемам боевого стресса в настоящий момент нецелесообразно.

По поручению Роснауки Научная электронная библиотека (НЭБ, Москва) начала формировать Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Индексируются публикации из изданий, которые учредители направляют в НЭБ. Около 3000 журналов, представленных в Перечне рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и доктора наук Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России, присылают сведения в обязательном порядке, другие издатели – по желанию. В настоящее время в РИНЦ индексируются более 5000 российских журналов, которые заявили о своем статусе как научные.

РИНЦ – национальная библиографическая база данных научного цитирования, аккумулирующая более 12 млн публикаций российских авторов [<https://www.elibrary.ru/>]. Наиболее полные сведения о статьях содержатся в РИНЦ с 2005 г. Информационно-аналитическая система Science Index, построенная на основе РИНЦ, предлагает ряд библиометрических сервисов для оценки наукометрической активности участников научной дея-

тельности. К новым наукометрическим показателям, которые рассчитываются в РИНЦ, относятся:

- число просмотров страниц с аннотациями публикаций (статей) пользователями НЭБ за год. Учитываются публикации всех типов за все доступные годы. Показатель зависит не только от интереса читателей, но и от объема журнала и глубины размещенного на архиве НЭБ;

- число загрузок полных текстов публикаций (статей) пользователями НЭБ за год – учитываются статьи всех типов за все доступные годы. Показатель определяется не только от интереса читателей, но и от объема журнала, глубины размещенного в архиве НЭБ и режима доступа (открытый или платный). Повторные загрузки статьи одним и тем же пользователем не регистрируются;

- вероятность цитирования публикаций (%) – средняя за год доля авторов по всем публикациям (статьям), процитировавших статью, среди авторов, скачавших полный текст этой статьи на портале НЭБ. Учитываются все цитирования и все загрузки статьи, сделанные с момента размещения статьи в НЭБ;

- средняя доля заимствованного неавторского текста в публикациях (статьях) за год (%). Показатель рассчитывается, как средняя по всем статьям за год величина, полученная в результате деления суммарного размера обнаруженных системой «Антиплагиат» заимствованных фрагментов неавторского текста на общий размер текста статьи. Поиск заимствованного неавторского текста осуществляется по всем статьям на платформе НЭБ.

Цель – провести наукометрический анализ отечественных научных статей в сфере боевого стресса, проиндексированных в РИНЦ за последние 10 лет с 2008 по 2017 г.

Материал и методы

Объект исследования составила электронная база данных РИНЦ, предмет исследования – научные статьи российских авторов, опубликованные в научных журналах в сфере боевого стресса с 2008 по 2017 г.

С главной страницы сайта НЭБ через опцию «Поисковые запросы» навигатора (рис. 3, п. 1) переходили на страницу «Поисковая форма». Использовали поисковый режим:



e НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ LIBRARY.RU БИБЛИОТЕКА

Навигатор

- Начальная страница
- Поисковые запросы 1
- Подборки публикаций
- Ключевые слова

ПОИСКОВАЯ ФОРМА

Что искать: боевой стресс 2

Где искать:
 - в названии публикации
 - в аннотации 3
 - в ключевых словах
 - в названии орга
 - в списках цитир
 - в полном тексте

Тип публикации:
 - статьи в журналах 4
 - диссертации

Параметры:
 - искать с учетом морфологии 5

Годы публикации: 2009 6 2009 Поступившие

Сортировка Порядок Очистить Поиск

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОИСКОВОГО ЗАПРАСА

7 ВСЕГО НАЙДЕНО ПУБЛИКАЦИЙ: 22 из 30839770

№	Публикация	Цит.
1	ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ <i>Якушкин Н.В.</i> Военно-медицинский журнал. 2009. Т. 330. № 10. С. 14-19.	
8	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ ИНТЕНСИВНЫХ ПСИХОТРАВМ РАЗЛИЧНОЙ ПРИРОДЫ (НА ПРИМЕРЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ КАТАСТРОФЫ И БОЕВОГО СТРЕССА) <i>Семке В.Я., Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М., Ошаев С.А., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б.</i> Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 6. С.	

Возможные действия

- Выделить все публикации на этой странице
- Снять выделение
- Добавить выделенные статьи в подборку:

Новая подборка 9

eLIBRARY.RU - Добавление пуб

Укажите название для подборки публикаций:
Боевой стресс_2009

Создать Отмена

eLIBRARY.RU - Добавление пуб

Добавлено: 22 публикации в подборку "Боевой стресс_2009"

Закрыть Перейти в подборку

Рис. 3. Алгоритм поиска статей в сфере боевого стресса в базе данных НЭБ

– поисковые слова – «боевой стресс», «посттравматическое стрессовое расстройство ОР ПТСР» (см. рис. 3, п. 2). При отсутствии оператора присоединения между словами автоматически используется оператор

END, который ищет их вместе. Использование оператора OR позволяло искать слова отдельно или вместе;

- предмет поиска – в заглавии статей, аннотации и ключевых словах (см. рис. 3, п. 3);

- тип публикации – статьи в журналах (см. рис. 3, п. 4);

- с учетом морфологии (см. рис. 3, п. 5) – с нахождением любых грамматических форм поисковых слов;

- годы публикации – с 2008 по 2017 г. Для оптимизации удаления случайных (так называемого «поискового шума») или ненужных для анализа статей (например иностранных авторов) поиск проводили по определенному году, на рисунке – по 2009 г. (см. рис. 3, п. 6).

Сотрудники НЭБ создали для некоторых опций автоматизированный анализ, для чего формировали поисковый массив. При задании поискового словосочетания «Боевой стресс» поисковый режим позволил найти в 2009 г. 22 отклика (см. рис. 3, п. 7). Рутинным способом просматривали содержание статей. Зеленая вкладка «иконки» (см. рис. 3, п. 8) указывала на возможность открыть статью, скачать и просмотреть ее бесплатно, желтая – открыть полный текст статьи за плату, красная – об отсутствии полного текста. При отсутствии полного текста ограничивались изучением реферата статьи.

Отмечали публикации, которые соответствовали заявленной тематике «Боевой стресс» и, активировав опцию «Добавить выделенные статьи в подборку» (см. рис. 3, п. 9), новой подборке во всплывающем окне давали имя «Боевой стресс-2009» и поместили туда 22 найденные публикации (см. рис. 3, п. 10). Затем переходили к поиску, просмотру статей и созданию подборок публикаций за другие годы. Аналогичным образом провели формирование массивов статей на ключевое словосочетание «посттравматическое стрессовое расстройство ОР ПТСР».

Из годового массива удаляли статьи, которые по содержанию не соответствовали заявленной тематике поиска, статьи иностранных авторов, публикации в зарубежных журналах, рефераты статей из реферативных журналов, двойники и пр. В отличие от библиографического указателя [4] не анализировали экспериментальные статьи, проводимые на животных, по изучению витального стресса.

На заключительном этапе исследования годовые базы данных статей объединили, и общий массив на 8 апреля 2018 г. стал содержать 871 статью.

С первой страницы сайта НЭБ, посредством опции «Подборки публикаций» навигатора переходили на страницу «Список персональных под-

КАТАЛОГ ЖУРНАЛОВ

ПАРАМЕТРЫ

Название журнала, издательства или ISSN: Страна:

№	Журнал	Вып.	Публ.	Цит.
1.	<input type="checkbox"/> Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова Издательство Медиа Сфера	387	4769	62266

СПИСОК СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ

ПАРАМЕТРЫ

- ▼ ТЕМАТИКА
- ▼ ОРГАНИЗАЦИИ
- ▼ АВТОРЫ
- ▲ ГОДЫ (выделено: 10)

Сортировка: по году

- 2018 (139)
- 2017 (411)
- 2016 (392)
- 2015 (490)

▲ ТИП ПУБЛИКАЦИИ (выделено: 2)

Сортировка: по числу публикаций

- научная статья (3731)
- обзорная статья (541)

Сортировка:

Порядок:

РОССИЙСКИЙ ИНДЕКС
 НАУЧНОГО ЦИТИРОВАНИЯ

Science Index

ИНСТРУМЕНТЫ

-
-
-
-

Всего найдено 3189 публикаций с общим количеством цитирований: 11415.
 Показано на данной странице: с 1 по 20.

Укажите название для подборки публикаций:

Добавлено: 3189 публикаций в подборку

Рис. 5. Алгоритм подборки статей журнала (организации)

С главной страницы сайта НЭБ через опцию «Поисковые запросы» навигатора посредством опции «Каталог журналов» или «Список организаций», переходили на страницу «Список статей...». Например, задав название «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», создали под-

борку статей из 4769 статей журнала (см. рис. 5, п. 1). Активировав цифру количества статей (см. рис. 5, п. 2), открывали страницу «Список статей в журнале» (см. рис. 5, п. 3), который позволял создавать подборку статей по тематике, организациям, авторам, годам, типу публикаций и пр. За период 2008–2017 гг. (см. рис. 5, п. 4) по типам публикаций: научные и обзорные статьи (см. рис. 5, п. 5) образовали массив из 3189 статей (см. рис. 5, п. 6).

На панели справа страницы «Список статей журнала» посредством опции «Добавить все статьи из журнала в указанную выше подборку» (см. рис. 5, п. 7) во всплывающем окне новой подборки дали название «Журн_Корсакова_07-18» и, активировав опцию «Создать» (см. рис. 5, п. 8), добавляли 3189 статей в созданную подборку. Активировав опцию «Подборка», переходили к анализу наукометрических показателей массива статей журнала.

В табл. 1 представлен разработанный рубрикатор статей по боевому стрессу, который позволил провести их содержательный анализ.

Таблица 1

Рубрикатор научных статей по боевому стрессу

1. Общие проблемы стрессовых реакций и постстрессовых состояний	
2. Биологические проблемы	
2.1.	Биомаркеры стресса и стрессоустойчивости (гормональные, иммунологические, физиологические и психофизиологические проявления боевого стресса)
3. Медицинские проблемы диагностики, клиники и лечения стрессовых расстройств	
3.1.	Соматоформные расстройства
3.2.	Боевые стрессовые расстройства (острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и пр.)
3.3.	Фармакотерапия. Психофармакотерапия
3.4.	Медицинская реабилитация лиц опасных профессий
4. Психологические и социальные проблемы	
4.1.	Особенности поведения человека в условиях витального стресса
4.2.	Психологическая диагностика стресса, постстрессовых состояний и нарушений адаптации
4.2.	Формирование психической устойчивости к стрессу, психопрофилактика, психологическая коррекция и психотерапия стресса и постстрессовых расстройств
4.4.	Социальная реабилитация пострадавших и ресоциализация
Объект исследования	
1.	Ветераны боевых действий
2.	Военнослужащие Минобороны России
3.	Личный состав МВД России
4.	Личный состав МЧС России
5.	Другие специалисты экстремальных профессий
6.	Прочие специалисты
7.	Местное (мирное) население
8.	Дети

Исходя из биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья, в рубрикатор (см. табл. 1) ввели рубрики, отражающие биологические показатели предрасположенности к нарушениям состояния здоровья в условиях стресса и к стрессоустойчивости, выявленные у человека, сведения медицинской диагностики, клиники и лечения боевых стрессовых расстройств, психологические детерминанты, формирующие состояние здоровья или являющиеся факторами риска психической дезадаптации при воздействии экстремальных факторов среды, социальной реабилитации и ресоциализации.

Статистический анализ показателей провели при помощи программы Microsoft Excel 10.0. В тесте представлены средние арифметические данные и ошибки средних величин ($M \pm m$). Динамику статей проанализировали при помощи анализа динамических рядов и построения полиномиального ряда второго порядка.

Результаты и их анализ

Проанализирована 871 отечественная статья, проиндексированная в РИНЦ с 2008 по 2017 г. Среднегодовое количество статей было 90 ± 9 . Выявлен рост интереса исследователей к проблемам боевого стресса, например в 2017 г. количество статей возросло на 90 или 280 % по сравнению с 2008 г. Динамика статей по годам выпуска изображена на рис. 6. Полиномиальный тренд при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,95$) прогнозирует увеличение статей по боевому (витальному) стрессу.



Рис. 6. Динамика отечественных статей по боевому стрессу

В табл. 2 представлено распределение статей по ведущим рубрикам Государственного рубрикатора научной и технической информации (ГРНТИ). Некоторые статьи соотносились с двумя или тремя рубриками. К рубрике 76.00.00 «Медицина и здравоохранение» отнесены 56,1 % статей, 15.00.00 «Психология» – 28,4 %, прочим рубрикам – 15,5 %.

Таблица 2

Распределение статей по ведущим тематическим рубрикам ГРНТИ

Ранг	Тематическая рубрика (шифр ГРНТИ)	Число статей (%)	
1-й	Медицина и здравоохранение (76.00.00)	489 (56,1)	
2-й	Психология (15.00.00)	247 (28,4)	
3-й	Народное образование. Педагогика (14.00.00)	23 (2,6)	
4-й	Государство и право. Юридические науки (10.00.01)	23 (2,6)	
5-й	Общие и комплексные проблемы технических и прикладных наук и отраслей народного хозяйства (81.00.00)	18 (2,1)	
6-й	Биология (34.00.00)	13 (1,5)	
7-й	Военное дело (78.00.00)	9 (1,0)	
8-й	Социология (04.00.00)	7 (0,8)	
9-й	Философия (02.00.00)	6 (0,7)	
10-й	История. Исторические науки (03.00.00)	5 (0,6)	

Структура содержания статей по разделам рубрикатора (см. табл. 1) представлена на рис. 7. Следует отметить, что нередко содержание статей относилось к нескольким разделам. Общим вопросам были посвящены 4,1 % статей, биологическим проблемам – 10,7 %, вопросам медицинской диагностики, клиники и лечения стрессовых расстройств – 46,7 %, психологическим и социальным проблемам – 38,5 %.

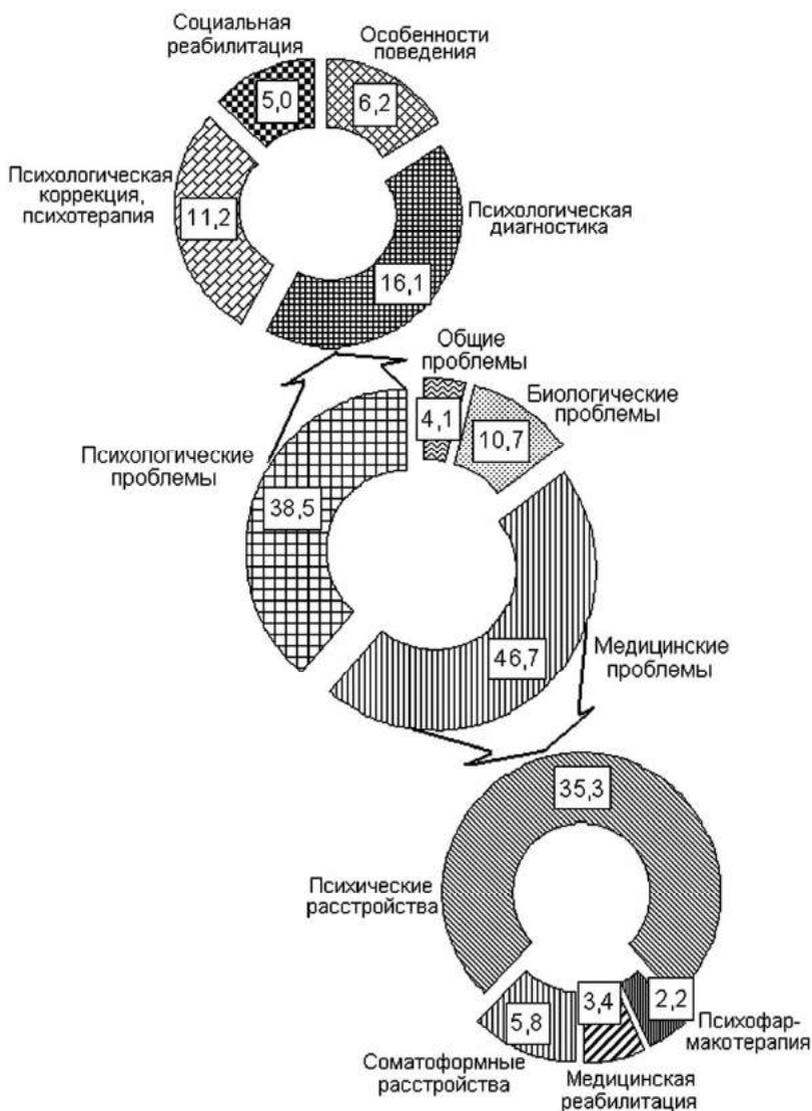


Рис. 7. Структура отечественных статей по боевому стрессу в 2008–2017 гг. (%)

Более подробная структура по разделам рубрикатора представлена в табл. 3. Как и следовало ожидать, среди медицинских проблем наибольшее развитие получили исследования по диагностике, клинике и лечению бое-

вых стрессовых расстройств (острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и пр.) – 35,3 % и соматоформным расстройствам, возникшим в результате боевого стресса, – 5,8 %, среди социально-психологических проблем – психологическая диагностика стресса, постстрессовых состояний и нарушений адаптации – 16,1 %, формирование психической устойчивости к стрессу, психопрофилактика, психологическая коррекция и психотерапия стресса и постстрессовых расстройств – 11,2 %.

Таблица 3

Структура направлений научных исследований в сфере боевого стресса
(2008–2017 гг.)

Раздел принятого рубрикатора по боевому стрессу	%
Общие проблемы стрессовых реакций и постстрессовых состояний	4,1
Биологические проблемы, в том числе:	10,7
биомаркеры стресса и стрессоустойчивости (гормональные, иммунологические, физиологические и психофизиологические проявления боевого стресса)	10,7
Медицинские проблемы диагностики, клиники и лечения стрессовых расстройств, в том числе:	46,7
соматоформные расстройства	5,8
боевые стрессовые расстройства (острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и пр.)	35,3
фармакотерапия, психофармакотерапия	2,2
медицинская реабилитация лиц опасных профессий	3,4
Психологические и социальные проблемы, в том числе:	38,5
особенности поведения человека в условиях витального стресса	6,0
психологическая диагностика стресса, постстрессовых состояний и нарушений адаптации	16,1
формирование психической устойчивости к стрессу, психопрофилактика, психологическая коррекция и психотерапия стресса и постстрессовых расстройств	11,2
социальная реабилитация пострадавших и их ресоциализация	5,0
Всего	100,0

Следует отметить, что нередко в статьях изучались проблемы боевого стресса у нескольких выделенных нами социальных групп, что учитывалось при определении их вклада в общую структуру (рис. 8).



Рис. 8. Структура объекта исследований в отечественных статьях по боевому стрессу в 2008–2017 гг. (%)

Объект исследования в отечественных статьях по боевому стрессу составили комбатанты – в 22,8 %, военнослужащие Минобороны России – в 21,6 %, личный состав МВД России – в 15,6 % статей. Необычно много оказалось статей, в которых затрагивались проблемы боевого стресса у местного населения, проживающего в районе ведения контртеррористических операций и других чрезвычайных ситуаций (13,3 %), и у детей (8,5 %) (см. рис. 8).

Обобщенные наукометрические показатели статей в сфере боевого стресса сведены в табл. 4. Статей, входящих в международные базы данных Web of Science или Scopus, было 12,6 %, в 1000 лучших отечественных научных журналах, составляющих ядро РИНЦ, – 18,5 %, в российский сегмент Science Citation Index Web of Science (Russian Science Citation Index, RSCI), содержащих около 650 отечественных журналов [5], – 16,3 %. Представлены также наукометрические сведения подборок статей журналов, организаций и авторов с высокой публикационной активностью. Анализ этих данных будет осуществлен далее.

Среднее число цитирований в расчете на одну статью оказалось 1,73. Имели хотя бы одно цитирование 47,3 % статей. Число самоцитирований составило 15,5 % (см. табл. 4). Индекс Хирша массива статей был 14.

Отмечаются достаточно высокие (по российским меркам) средне-взвешенный импакт-фактор журналов, в которых были опубликованы статьи, – 0,324 и количество статей, изданных в журналах, входящих в Web of

Science + Scopus или RSCI, и публикационная доля соавтора при написании статьи – 44 % (см. табл. 4).

Таблица 4

Наукометрические показатели массивов отечественных статей
в сфере боевого стресса, проиндексированных в РИНЦ в 2008–2017 гг., n (%)

Наукометрический показатель	Массив статей по боевому стрессу			
	общий	журналов	организаций	авторов
Число статей	871	229	260	124
Число статей в журналах, входящих в Web of Science или Scopus	110 (12,6)	37 (16,2)	43 (16,5)	12 (9,7)
Число статей в журналах ядра РИНЦ	16 (18,5)	59 (25,8)	62(23,8)	26(21,0)
Число статей в журналах, входящих в RSCI	142(16,3)	59 (25,8)	55(21,2)	26(21,0)
Средневзвешенный импакт-фактор журналов, в которых были опубликованы статьи	0,324	0,339	0,368	0,317
Число соавторов	1993	660	756	361
Среднее число публикаций в расчете на 1 соавтора	0,44	0,35	0,34	0,34
Суммарное число цитирований публикаций	1508	579	517	202
Среднее число цитирований в расчете: на 1 статью на 1 соавтора	1,73 0,76	2,53 0,88	1,99 0,68	1,63 0,56
Доля статей, процитированных хотя бы 1 раз	(47,3)	(65,5)	(54,2)	(54,8)
Доля самоцитирований	(15,5)	(12,4)	(14,3)	(21,8)
Индекс Хирша	14	11	10	6

Анализируемую подборку создали статьи из более 200 научных отечественных журналов. Публикационная активность ведущих журналов, издавших за 10 лет более 10 статей, представлена в табл. 5. Уместно указать, публикационная активность журналов, составившая 3–8-й ранги, различалась незначительно. В общей сложности 12 ведущих журналов опубликовали 240 статей, или 27,6 % проанализированного массива.

Таблица 5

Распределение статей по ведущим журналам

Ранг	Научный журнал	Число статей (%)
1-й	Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях	44 (5,1)
2-й	Вестник Российской военно-медицинской академии	31 (3,6)
3–4-й	Российский психиатрический журнал	22 (2,5)
	Вестник психотерапии	22 (2,5)

Ранг	Научный журнал	Число статей (%)	
5-й	Психическое здоровье	21 (2,4)	
6-й	Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова	19 (2,2)	
7-й	Военно-медицинский журнал	18 (2,1)	
8-й	Сибирский вестник психиатрии и наркологии	17 (2,0)	
9-й	Медицина катастроф	13 (1,5)	
10-й	Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности	11 (1,3)	
	Медицинский вестник МВД	11 (1,3)	
	Современные проблемы науки и образования	11 (1,3)	

В табл. 6 сведены обобщенные наукометрические показатели статей по боевому стрессу, изданные в ведущих журналах, а также массив всех научных и обзорных статей этих журналов, опубликованный за 10 лет (2008–2017 гг.).

Журнал «Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности» имеет 11 статей в сфере боевого стресса, на которые были получены только 4 цитирования, а индекс Хирша был 1. Ввиду низких наукометрических данных его статьи в табл. 6 не анализировали.

Из 240 статей из ведущих журналов, представленных в табл. 6, в автоматизированный анализ были включены 229 (см. табл. 4). Как правило, наукометрические показатели статей по боевому стрессу, опубликованных в ведущих журналах, оказались лучше рассчитанных в общем массиве статей по боевому стрессу (см. табл. 4), что вполне естественно: редколлегия журналов проводили рецензирование и тщательный отбор статей для публикации.

Таблица 6

Наукометрические показатели статей в сфере боевого стресса (числитель),
и общего количества статей (знаменатель) журналов (2008–2017 гг.)

Научный журнал	Число статей	Число статей на 1 соавтора	Число цитирований на 1 статью	Число цитирований на 1 соавтора	% процитированных статей	% самоцитирований	Индекс Хирша	Средневзвешенный импакт-фактор
Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях	$\frac{44}{671}$	$\frac{0,47}{0,37}$	$\frac{1,98}{1,90}$	$\frac{0,94}{0,70}$	$\frac{70,5}{34,1}$	$\frac{22,7}{17,9}$	$\frac{5}{15}$	0,321
Вестник Российской военно-медицинской академии	$\frac{31}{1897}$	$\frac{0,21}{0,23}$	$\frac{2,71}{1,61}$	$\frac{0,58}{0,38}$	$\frac{58,1}{34,1}$	$\frac{6,5}{24,1}$	$\frac{6}{15}$	0,378
Вестник психотерапии	$\frac{22}{420}$	$\frac{0,42}{0,48}$	$\frac{3,05}{1,44}$	$\frac{1,29}{0,69}$	$\frac{54,5}{25,0}$	$\frac{9,1}{17,4}$	$\frac{4}{9}$	0,143
Российский психиатрический журнал	$\frac{22}{710}$	$\frac{0,65}{0,44}$	$\frac{2,14}{2,60}$	$\frac{1,38}{1,14}$	$\frac{68,2}{31,4}$	$\frac{22,7}{12,1}$	$\frac{4}{15}$	0,410
Психическое здоровье	$\frac{21}{1247}$	$\frac{0,54}{0,40}$	$\frac{1,38}{1,29}$	$\frac{0,74}{0,52}$	$\frac{61,9}{22,7}$	$\frac{0,0}{17,6}$	$\frac{3}{12}$	0,268
Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова	$\frac{19}{3189}$	$\frac{0,48}{0,27}$	$\frac{4,58}{3,56}$	$\frac{2,18}{0,95}$	$\frac{78,9}{42,6}$	$\frac{5,3}{12,0}$	$\frac{5}{32}$	0,695
Военно-медицинский журнал	$\frac{18}{1452}$	$\frac{0,29}{0,27}$	$\frac{2,72}{1,68}$	$\frac{0,79}{0,46}$	$\frac{91,1}{29,3}$	$\frac{11,1}{17,5}$	$\frac{4}{17}$	0,314
Сибирский вестник психиатрии и наркологии	$\frac{17}{1127}$	$\frac{0,47}{0,35}$	$\frac{2,47}{2,30}$	$\frac{1,17}{0,80}$	$\frac{82,4}{54,5}$	$\frac{17,6}{23,7}$	$\frac{3}{18}$	0,343
Медицина катастроф	$\frac{13}{609}$	$\frac{0,41}{0,32}$	$\frac{3,62}{1,56}$	$\frac{1,47}{0,50}$	$\frac{53,8}{24,0}$	$\frac{0,0}{15,4}$	$\frac{4}{12}$	0,298
Медицинский вестник МВД	$\frac{11}{834}$	$\frac{0,18}{0,28}$	$\frac{2,00}{0,74}$	$\frac{0,35}{0,21}$	$\frac{63,6}{11,3}$	$\frac{0,0}{15,2}$	$\frac{3}{10}$	0,133
Современные проблемы науки и образования	$\frac{11}{24943}$	$\frac{0,41}{0,40}$	$\frac{1,36}{2,06}$	$\frac{0,56}{0,83}$	$\frac{63,6}{16,0}$	$\frac{0,0}{7,7}$	$\frac{3}{49}$	0,353

Достаточно высокими оказались наукометрические показатели всех научных и обзорных статей отдельных проанализированных журналов (см. табл. 6). Наукометрические данные общего массива статей всех журналов показаны в табл. 7. Уместно заметить, что статьи «Военно-медицинского журнала» и «Журнала неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» (переводная версия *Neuroscience and Behavioral Physiology*) индексируются в базе данных Scopus.

Таблица 7

Наукометрические показатели массивов всех статей проанализированных журналов и организаций, проиндексированных в РИНЦ в 2008–2017 гг., n (%)

Наукометрический показатель	Массив статей	
	журналов	организаций
Число статей	37 124	33 634
Число статей, входящих в Web of Science или Scopus	4644 (12,5)	7255 (21,6)
Число статей, входящих в ядро РИНЦ	5358 (14,4)	10 340 (30,7)
Число статей, входящих в RSCI	5358 (14,4)	8207 (24,4)
Средневзвешенный импакт-фактор журналов, в которых были опубликованы статьи	0,371	0,466
Число соавторов	102 777	114 157
Среднее число публикаций в расчете на 1 соавтора	0,36	0,29
Суммарное число цитирований публикаций	77 962	86 464
Среднее число цитирований в расчете на 1 статью	2,10	2,57
Среднее число цитирований в расчете на 1 соавтора	0,76	0,46
Доля статей, процитированных хотя бы 1 раз	(48,4)	(47,5)
Доля самоцитирований из статей этой же подборки	(13,4)	(21,8)
Индекс Хирша	51	69

В табл. 8 помимо уже известных наукометрических показателей статей представлены некоторые новые. Например, статьи проанализированных журналов показали не очень высокие значения импакт-фактора РИНЦ без самоцитирования. В 2017 г. в рейтинге Science Index индексировались 3529 журналов. Тогда в I квартиль рейтинга должны входить журналы с 1–880-м местами рейтинга, во II – с 881–1760-м, в III – с 1761–2640-м, в IV – с 2641-м местом и более. Из проанализированных 7 журналов входили в I–II квартиль, 3 – в III–IV квартиль.

Индекс Херфиндаля–Хиршмана (чем больше индекс – тем хуже, максимальный негативный показатель 10 000 – все цитирования из одного журнала) показывает, что журналы обнаружили низкий индекс – т. е. цитирования статей были получены из разных журналов (см. табл. 8).

Отмечаются достаточно высокие показатели просмотров статей и скаченных полных текстов статей. Однако вероятность цитирования их авторами скаченных публикаций низкая и не превышает 3 % (см. табл. 8). К сожалению, у российских исследователей не развит институт цитирования публикаций коллег.

Таблица 8

Некоторые новые наукометрические показатели статей журналов в РИНЦ
за 2017 г.

Научный журнал	2-летний импакт-фактор РИНЦ без самоцитирования	Число просмотров статей	Число скаченных статей и вероятность их цитирования (%)	5-летний индекс Херфиндала по цитирующим журналам	% заимствованного неавторского текста	Место в рейтинге Science Index
Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях	0,267	12673	2632/2,6	413	9,7	1723
Вестник Российской военно-медицинской академии	0,348	56315	8511/1,8	507	9,5	1359
Вестник психотерапии	0,122	10533	2425/0,0	622	12,5	2509
Российский психиатрический журнал	0,321	11593	343/2,2	1148	12,3	2121
Психическое здоровье	0,212	17276	1019/0,0	1220	7,6	2541
Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова	0,421	59281	3175/0,9	471	5,5	716
Военно-медицинский журнал	0,243	44035	3484/0,0	590	9,8	1686
Сибирский вестник психиатрии и наркологии	0,285	23693	2298/0,0	1062	13,9	2201
Медицина катастроф	0,256	15228	1951/0,0	448	8,1	1475
Медицинский вестник МВД	0,102	9044	13/0,0	779	11,8	2743
Современные проблемы науки и образования	0,368	449814	103446/2,0	65	4,3	60

У статей проанализированных журналов выявлена низкая доля заимствованного неавторского текста – не более 14 %. Введение в РИНЦ этого показателя помогает выявлять авторов с недобросовестным цитированием.

Например, 24 апреля 2018 г. из РИНЦ была изъята и признана несуществующей (ретрагирована) статья А.А. Утюганова «Актуальные смысловые состояния у военнослужащих как механизм переживания тяжелых жизненных ситуаций» (Современные исследования социальных проблем (электрон. науч. журн.). 2015. № 11 (55). С. 817–828). Изъятие публикации издателем журнала было обусловлено значительным объемом заимствований из уже опубликованных работ (Утюганов А.А. Смысловые компоненты переживания боевого стресса // Сибирский педагогический журнал. 2011. № 3. С. 260–271; Серый А.В. Система личностных смыслов: структура, функция, динамика. Кемерово : Кузбассвузиздат, 2004. 270 с.; Утюганов

А.А. Особенности смысловой сферы военнослужащих, переживших боевой стресс : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2011. 21 с.).

Статьи в сфере боевого стресса были аффилированы с более 200 организациями. В табл. 9 сведена публикационная активность ведущих организаций. Авторы из 11 ведущих организаций опубликовали 293 статьи, или 33,6 % от общего массива. В том числе 10,2 % статей издали авторы из Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, 5,4 % – из Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, 2,9 % – из Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России.

Таблица 9

Распределение статей по ведущим организациям

Ранг	Организация	Число статей (%)	
1-й	Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова	86 (10,2)	
2-й	Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского	47 (5,4)	
3-й	Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России	25 (2,9)	
4-й	Северный государственный медицинский университет	22 (2,5)	
5-й	Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России	21 (2,4)	
6-й	Институт психологии РАН	19 (2,2)	
7-й	Луганский государственный медицинский университет	16 (1,8)	
8-й	Институт экспериментальной медицины РАН	15 (1,7)	
9-й	Московский государственный психолого-педагогический университет	13 (1,5)	
10-й	Новосибирский государственный медицинский университет	13 (1,5)	
	Уральский государственный медицинский университет	13 (1,5)	

Наукометрические показатели организаций, авторы которых издали наибольшее количество статей в сфере боевого стресса, указаны в табл. 10. Как правило, основные наукометрические показатели статей, аффилированные с организациями были лучше, чем у основного массива статей в сфере боевого стресса (см. табл. 4). Например, бóльший процент статей входил в международные базы данных (12,6 и 16,5 % соответственно), выше был средневзвешенный импакт-фактор журналов, в которых были опубликованы статьи (0,324 и 0,368 соответственно), бóльшее количество

цитирований имела каждая статья (1,73 и 1,99 соответственно) и более значительная доля статей цитировалась (47,3 и 54,3 % соответственно).

Достаточно высокими оказались наукометрические показатели всех научных и обзорных статей отдельных организаций (см. табл. 10) и общего массива статей всех организаций (см. табл. 7).

Таблица 10

Наукометрические показатели статей в сфере боевого стресса (числитель), и общего количества статей (знаменатель) организаций в 2008–2017 гг.

Организация	Число статей	Число статей на 1 соавтора	Число цитирований на 1 статью	Число цитирований на 1 соавтора	% процитированных статей	% самоцитирований	Индекс Хирша	Средневзвешенный импакт-фактор журналов, опубликовавших статьи
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова	$\frac{86}{7794}$	$\frac{0,24}{0,24}$	$\frac{2,21}{2,13}$	$\frac{0,52}{0,50}$	$\frac{57,0}{46,8}$	$\frac{6,8}{27,3}$	$\frac{7}{36}$	$\frac{0,333}{0,387}$
Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского	$\frac{47}{3489}$	$\frac{0,49}{0,32}$	$\frac{1,51}{4,02}$	$\frac{0,74}{1,28}$	$\frac{44,7}{66,0}$	$\frac{29,6}{23,0}$	$\frac{5}{33}$	$\frac{0,360}{0,599}$
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России	$\frac{25}{812}$	$\frac{0,27}{0,24}$	$\frac{2,12}{1,63}$	$\frac{0,58}{0,39}$	$\frac{60,0}{47,5}$	$\frac{7,5}{18,2}$	$\frac{3}{14}$	$\frac{0,292}{0,352}$
Северный государственный медицинский университет	$\frac{22}{3344}$	$\frac{0,32}{0,79}$	$\frac{3,91}{2,28}$	$\frac{1,26}{1,80}$	$\frac{63,6}{35,1}$	$\frac{8,1}{15,4}$	$\frac{6}{29}$	$\frac{0,387}{0,407}$
Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России	$\frac{21}{2688}$	$\frac{0,84}{0,45}$	$\frac{0,76}{1,20}$	$\frac{0,64}{0,55}$	$\frac{57,1}{27,6}$	$\frac{0,0}{25,3}$	$\frac{2}{23}$	$\frac{0,302}{0,220}$
Институт психологии РАН	$\frac{19}{1731}$	$\frac{1,06}{0,56}$	$\frac{2,74}{6,00}$	$\frac{2,89}{3,36}$	$\frac{63,2}{68,9}$	$\frac{7,7}{19,5}$	$\frac{4}{40}$	$\frac{0,834}{0,660}$
Институт экспериментальной медицины РАН	$\frac{15}{1729}$	$\frac{0,20}{0,22}$	$\frac{0,67}{3,27}$	$\frac{0,14}{0,73}$	$\frac{26,7}{55,3}$	$\frac{10,0}{27,6}$	$\frac{2}{26}$	$\frac{0,326}{0,681}$
Московский государственный психолого-педагогический университет	$\frac{13}{4175}$	$\frac{0,59}{0,54}$	$\frac{2,92}{3,45}$	$\frac{1,73}{1,87}$	$\frac{84,6}{56,7}$	$\frac{2,6}{20,9}$	$\frac{4}{34}$	$\frac{0,487}{0,615}$
Новосибирский государственный медицинский университет	$\frac{13}{4718}$	$\frac{0,33}{0,22}$	$\frac{2,08}{1,99}$	$\frac{0,69}{0,45}$	$\frac{46,2}{42,9}$	$\frac{14,8}{13,5}$	$\frac{3}{29}$	$\frac{0,413}{0,461}$
Уральский государственный медицинский университет	$\frac{13}{15304}$	$\frac{0,41}{0,25}$	$\frac{1,38}{1,95}$	$\frac{0,56}{0,49}$	$\frac{46,2}{41,1}$	$\frac{5,6}{13,3}$	$\frac{3}{26}$	$\frac{0,355}{0,457}$

В общей сложности массив статей в сфере боевого стресса опубликовал коллектив, состоящий из 1993 соавторов. Распределение статей по количеству авторского коллектива представлено на рис. 9. Именно этот показатель был использован нами при определении количества цитирований, приходящихся на одного соавтора. В НЭБ для этих целей применяется не абсолютное количество соавторов, а количество авторов. Статей, содержащих одного автора, было 38,9 %, двух соавторов – 27,5 %, трех – 14,4 %, четырех и более – 18,7 % (см. рис. 9).

Число соавторов	Число статей (%)
1	339 (38,9)
2	240 (27,6)
3	125 (14,4)
4	86 (9,9)
5	44 (5,1)
6	15 (1,7)
7	7 (0,8)
8	7 (0,8)
9	1 (0,1)
10	2 (0,2)
11	1 (0,1)

Рис. 9. Распределение статей по числу соавторов

Авторы, которые опубликовали наибольшее количество статей, представлены в табл. 11. В значительном числе случаев высокая публикационная активность авторов была обусловлена подготовкой диссертационного исследования. Соотнесение авторов с организациями провели по данным НЭБ. Перечисленные 10 авторов самостоятельно или в составе авторского коллектива опубликовали 154 статьи, которые составили 17,7 % от общего количества статей массива по боевому стрессу.

Наукометрические показатели авторов, которые издали наибольшее количество статей в сфере боевого стресса, сведены в табл. 12. Для сравнения использовали показатели массивов всех научных и обзорных журнальных статей, опубликованных авторами в период с 2008 по 2017 г.

Наукометрические показатели статей по боевому стрессу у большинства ведущих авторов оказались хуже, чем в общем массиве статей по боевому стрессу (см. табл. 4): меньшее количество публикаций индексировалось в международных базах данных (9,7 и 12,6 % соответственно), ниже был импакт-фактор журналов, в которых публиковались статьи (0,317 и

0,324 соответственно), меньшее количество цитирований имела каждая статья (1,63 и 1,73 соответственно) и возростал процент самоцитирований статей (21,8 и 15,5 % соответственно).

Таблица 11

Распределение статей по ведущим авторам

Ранг	Автор (организация, город)	Число статей (%)	
1-й	Пятибрат Елена Дмитриевна (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург)	23 (2,6)	
2-й	Фастовцов Григорий Александрович (Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва)	21 (2,4)	
3–4-й	Цикунов Сергей Георгиевич (Институт экспериментальной медицины РАН, Санкт-Петербург)	16 (1,8)	
	Шамрей Владислав Казимирович (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург)	16 (1,8)	
5–6-й	Стрельникова Юлия Юрьевна (Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России, Санкт-Петербург)	14 (1,6)	
	Торгашов Михаил Николаевич (Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины, г. Новосибирск)	14 (1,6)	
7–8-й	Бундало Наталья Леонидовна (Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого)	13 (1,5)	
	Ичитовкина Елена Геннадьевна (Кировский государственный медицинский университет)	13 (1,5)	
9–10-й	Злоказова Марина Владимировна (Кировский государственный медицинский университет)	12 (1,4)	
	Колов Сергей Александрович (Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн)	12 (1,4)	

Сравнение наукометрических показателей авторских выборок статей по боевому стрессу и массивов всех статей авторов выявило инновационную подготовленность авторов по проблеме исследования. У профессионалов сравниваемые показатели различались незначительно (см. табл. 12).

В подборке статей у ведущих авторов и организаций по сравнению с общим массивом статей по боевому стрессу отмечается самая низкая доля статей, приходящихся на одного соавтора (см. табл. 4). Создается впечатление, что в ряде случаев публикационная активность достигалась большими авторскими коллективами, а нередко и так называемым подарочным соавторством, что недопустимо.

В IV разделе Гражданского кодекса России, посвященном авторским и смежным правам, указывается, что автором результата интеллектуальной деятельности признается гражданин, творческим трудом которого создан такой результат. Не признаются авторами результата интеллектуальной деятельности граждане, не внесшие личного творческого вклада в создание такого результата, в том числе оказавшие автору только техническое, консультационное, организационное или материальное содействие или осуществлявшие контроль за выполнением соответствующих работ [ст. 1228, 3].

Таблица 12
 Наукометрические показатели статей в сфере боевого стресса (числитель) и общего массива (знаменатель) статей у авторов в 2008–2017 гг.

Автор	Число статей	Число статей на 1 соавтора	Число цитирований на 1 статью	Число цитирований на 1 соавтора	% процитированных статей	% самоцитирований	Индекс Хирша	Средневзвешенный импакт-фактор журналов, опубликованных статьи
Пятибрат Елена Дмитриевна	$\frac{23}{50}$	$\frac{0,19}{0,20}$	$\frac{0,96}{1,96}$	$\frac{0,18}{0,39}$	$\frac{39,1}{46,0}$	$\frac{13,6}{5,1}$	$\frac{3}{3}$	$\frac{0,327}{0,301}$
Фастовцов Григорий Александрович	$\frac{21}{45}$	$\frac{0,62}{0,37}$	$\frac{1,14}{1,07}$	$\frac{0,71}{0,39}$	$\frac{42,9}{42,2}$	$\frac{54,2}{37,5}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{0,271}{0,269}$
Цикунов Сергей Георгиевич	$\frac{16}{60}$	$\frac{0,20}{0,23}$	$\frac{0,69}{1,33}$	$\frac{0,14}{0,31}$	$\frac{25,0}{40,0}$	$\frac{9,1}{48,8}$	$\frac{2}{4}$	$\frac{0,315}{0,438}$
Шамрей Владислав Казимирович	$\frac{16}{71}$	$\frac{0,23}{0,21}$	$\frac{2,75}{2,76}$	$\frac{0,62}{0,58}$	$\frac{68,8}{67,6}$	$\frac{9,1}{8,2}$	$\frac{4}{8}$	$\frac{0,330}{0,453}$
Стрельникова Юлия Юрьевна	$\frac{14}{36}$	$\frac{1,00}{0,80}$	$\frac{1,00}{0,72}$	$\frac{1,00}{0,58}$	$\frac{64,3}{44,4}$	$\frac{0,0}{3,8}$	$\frac{2}{2}$	$\frac{0,298}{0,231}$
Торгашов Михаил Николаевич	$\frac{14}{22}$	$\frac{0,36}{0,24}$	$\frac{1,64}{1,59}$	$\frac{0,59}{0,38}$	$\frac{50,0}{50,0}$	$\frac{39,1}{27,7}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{0,378}{0,373}$
Бундало Наталья Леонидовна	$\frac{13}{15}$	$\frac{0,54}{0,52}$	$\frac{0,54}{0,47}$	$\frac{0,29}{0,24}$	$\frac{38,5}{33,3}$	$\frac{0,0}{0,0}$	$\frac{2}{2}$	$\frac{0,318}{0,322}$
Ичитовкина Елена Геннадьевна	$\frac{13}{34}$	$\frac{0,31}{0,30}$	$\frac{3,23}{2,32}$	$\frac{1,00}{0,69}$	$\frac{69,2}{67,6}$	$\frac{14,3}{31,6}$	$\frac{4}{4}$	$\frac{0,344}{0,396}$
Злоказова Марина Владимировна	$\frac{12}{67}$	$\frac{0,31}{0,31}$	$\frac{3,50}{2,16}$	$\frac{1,08}{0,68}$	$\frac{75,0}{59,7}$	$\frac{14,3}{21,4}$	$\frac{4}{6}$	$\frac{0,372}{0,396}$
Колов Сергей Александрович	$\frac{12}{30}$	$\frac{0,52}{0,61}$	$\frac{3,17}{1,97}$	$\frac{1,65}{1,20}$	$\frac{91,7}{70,0}$	$\frac{15,8}{16,9}$	$\frac{4}{4}$	$\frac{0,252}{0,332}$

Нередко приходится слышать возражения отечественных авторов, что в иностранных статьях, как правило, имеются большие авторские коллективы. К сожалению, аналогичные проблемы существуют и в зарубежных публикациях, на что указывают ведущие специалисты в области наукоедения и руководители международных реферативно-библиографических баз данных.

Анализ больших массивов статей позволяет выявлять авторов, опубликовавших статьи с одинаковыми заглавиями и содержанием в двух и более журналах. Если это было напечатано ошибочно по вине редколлегий, то такая статья должна быть отозвана, но этические правила запрещают авторам направлять одну и ту же статью в несколько журналов.

На рис. 9 показана диаграмма распределения статей по году цитирующей публикации, на рис. 10 – по году цитируемой публикации (на которую была сделана ссылка в статье). В последнее время отмечается рост количества публикаций, которые цитируют статьи в сфере боевого стресса (см. рис. 9), что наряду с увеличением количества статей по проблеме исследования (см. рис. 6), свидетельствует об актуальности темы.

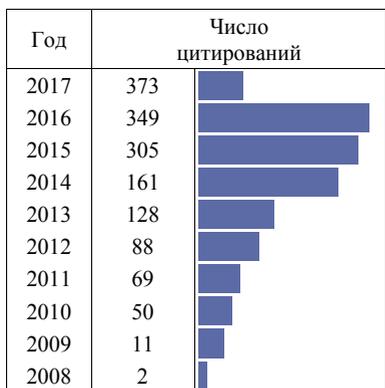


Рис. 9. Распределение цитирований по годам цитирующих публикаций



Рис. 10. Распределение цитирований по годам цитируемых публикаций

Медиана периода процитированных статей с момента их издания составила около 6 лет и 2 мес (см. рис. 10), что указывает на изучение авторами в основном уже архивных публикаций или на отсутствие у них возможности оперативно просматривать новые статьи. Создается неблагоприятная тенденция – незнание результатов уже проведенных работ может

способствовать планированию параллельных или даже тупиковых новых исследований.

В этом плане массив статей РИНЦ открывает большие информационные возможности для исследователей, например, на 8 апреля 2018 г. полный текст имели и представлялись бесплатно зарегистрированным читателям библиотеки 796 статей (91,4 %) в сфере боевого стресса.

Как уже было отмечено ранее, индекс Хирша массива статей по боевому стрессу составил 14, т. е. должно быть не менее 14 статей, которые имели 14 цитирований и более. Частотный анализ распределения количества цитирований показал, что реально таких статей было 16. Если было бы еще две статьи с цитированием 15 и более, то индекс Хирша массива статей стал бы 15.

Не имели цитирований 459 статей или 52,7 %, процитированы хотя бы один раз – 47,3 %: одно цитирование было у 17,1 % статей, два – у 9,1 %, три – у 5,5 %, четыре цитирования и более – у 15,6 % статей. Библиографические записи статей, получивших более 15 цитирований, представлены в табл. 12.

Таблица 12

Библиографические записи статей, получивших 15 цитирований и более

Библиографическая запись Статьи	Число цитирований
<i>Китаев-Смык Л.А.</i> Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2008. № 2. С. 41–50.	26
<i>Ениколопов С.Н., Мкртычян А.А.</i> Психологические последствия терроризма // Вопр. психологии. 2008. № 3. С. 71–80.	22
<i>Сопов В.Ф.</i> Рефлективная саморегуляция стресса в экстремальных условиях контраварийной подготовки военных водителей // Теория и практика прикладных и экстрем. видов спорта. 2011. № 2 (21). С. 54–60.	21
<i>Фисун А.Я., Кувшинов К.Э., Шамрей В.К., Алексеев В.В., Гончаренко А.Ю., Пастушенков А.В., Тихенко В.В.</i> Профилактика наркоманий в Вооруженных силах: организация и проведение скрининговых обследований // Воен.-мед. журн. 2014. Т. 335, № 3. С. 4–12.	21
<i>Евдокимов В.И., Марищук В.Л., Губин А.И.</i> Эмоциональные состояния в экстремальных условиях деятельности и их коррекция // Вестн. психотерапии. 2008. № 26. С. 56–66.	19
<i>Александрин С.С., Астафьев О.М., Санников М.В.</i> Совершенствование системы медицинских обследований спасателей и пожарных МЧС России // Медицина катастроф. 2010. № 3. С. 8–11.	18
<i>Гольцева Т.П.</i> Особенности профессиональной деятельности сотрудников полиции, влияющие на возникновение негативных психических состояний // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. 2012. № 6 (121). С. 226–232.	17

Библиографическая запись Статьи	Число цитирований
<i>Кубасов Р.В., Барачевский Ю.Е., Сибилева Е.Н., Апчел А.В., Иванов А.М., Сидоренко В.А.</i> Влияние экстремальных факторов военной службы на адаптационные возможности и здоровье сотрудников силовых ведомств России // <i>Вестн. Рос. воен.-мед. акад.</i> 2015. № 2 (50). С. 217–223.	17
<i>Мальшиев И.В.</i> Характеристика социально-психологической адаптации и копинг-стратегий личности в разных условиях социализации // <i>Современные исслед. соц. пробл. (электрон. науч. журн.)</i> . 2012. № 12. С. 23.	17
<i>Тарабрина Н.В.</i> Психологические последствия воздействия стрессоров высокой интенсивности: посттравматический стресс // <i>Психол. журн.</i> 2012. Т. 33, № 6. С. 20–33.	17
<i>Щёголева Л.С., Меньшикова М.В., Шапкова Е.Ю.</i> Соотношение иммунно-гормональных реакций у лиц разных профессий в приполярном регионе // <i>Экология человека</i> . 2009. № 7. С. 7–10.	17
<i>Кекелидзе З.И., Портнова А.А.</i> Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства // <i>Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова</i> . 2009. Т. 109, № 12. С. 4–7.	16
<i>Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.</i> Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов Министерства внутренних дел // <i>Вестн. психотерапии</i> . 2011. Т. 42 (37). С. 56–68.	15
<i>Шамрей В.К., Костюк Т.П., Гончаренко А.Ю., Колякин В.В., Кобзов В.А.</i> Мониторинг психического здоровья военнослужащих на различных этапах прохождения военной службы // <i>Воен.-мед. журн.</i> 2011. Т. 332, № 6. С. 53–58.	15

Заключение

Поисковый запрос позволил найти 871 отклик на научную ответственную статью, проиндексированную в Российском индексе научного цитирования с 2008 по 2017 г. Среднегодовое количество статей было 90 ± 9 . Отмечается рост интереса у исследователей к проблемам боевого стресса и увеличение количества статей.

Общим вопросам были посвящены 4,1 % статей, биологическим проблемам – 10,7 %, вопросам медицинской диагностики, клиники и лечения стрессовых расстройств – 46,7 %, психологическим и социальным проблемам – 38,5 %. Объект исследования в 22,8 % составили комбатанты, в 21,6 % – военнослужащие Минобороны России, в 15,6 % – сотрудники МВД России, в 13,3 % – местное население, проживающее в районе ведения боевых действий и других чрезвычайных ситуаций, в 8,5 % – дети.

Выявлены достаточно высокие наукометрические показатели массива статей по боевому стрессу. Среднее число цитирований в расчете на одну статью было 1,73, процитированы хотя бы один раз 47,3 % статей, индекс Хирша массива статей составил 14. Наиболее высокие наукометриче-

ские показатели обнаруживались у статей в журналах с выраженной публикационной активностью. Редколлегии этих журналов проводили рецензирование и тщательный отбор публикационного портфеля статей.

Медиана периода процитированных статей с момента их издания составила 6 лет и 2 мес, что указывает на изучение авторами в основном уже архивных публикаций или на отсутствие у них возможности оперативно просматривать новые статьи. Создается неблагоприятная тенденция – незнание результатов уже проведенных работ может способствовать планированию параллельных или даже тупиковых новых исследований. В этом плане массив статей Российского индекса научного цитирования открывает большие информационные возможности для исследователей, например, на 8 апреля 2018 г. полный текст имели и представлялись бесплатно зарегистрированным читателям библиотеки 796 статей (91,4 %) в сфере боевого стресса.

В последнее время активизировалась спам-рассылка недобросовестных издателей с предложением в короткие сроки издать статьи, которые индексируются в Российском индексе научного цитирования, Scopus или Web of Science. Как правило, такие работы принимаются с целью заработка, они не проходят рецензирование и засоряют информационное пространство.

Проф. Джеффри Билл составил список таких зарубежных «хищнических» журналов на веб-сайте Scholarly Open Access и призвал мировое научное сообщество вести борьбу с ними [9]. По заявлению директора Научной электронной библиотеки Г.О. Еременко, статьи, опубликованные в отечественных «фейковских» журналах, нарушающих издательскую этику, будут удалены из Российского индекса научного цитирования.

Литература

1. Акоев М.А., Маркусова В.А., Москалева О.В., Писляков В.В. Руководство по наукометрии: индикаторы развития наук и технологии : [монография]. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та : Thomson Reuters, 2014. – 249 с.
2. Бредихин С.В., Кузнецов А.Ю., Щербакова Н.Г. Анализ цитирования в библиометрии / Ин-т вычислит. математики и математ. геофизики, Нац. электрон.-информ. консорциум. – Новосибирск : М., 2013. – 344 с.
3. Гаврилов Э.П. [и др.]. Комментарий к части четвертой Гражданского кодекса Российской Федерации (постатейный). – М. : Экзамен, 2009. – 973 с.
4. Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Шамрей В.К. Боевой стресс: наукометрический анализ отечественных публикаций (2005–2017 гг.) : науч. изд. / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, С.-Петерб. гос. ун-т. – СПб. : Политехника-принт, 2018. – 170 с.

5. Еременко Г.О. РИНЦ и Science Index: стратегия развития [Электронный ресурс] // Научное издание международного уровня – 2018: мировая практика подготовки и продвижения публикаций : 7-я междунар. науч.-практ. конф. / Нац. электрон.-информ. консорциум [и др.]. – М., 2018. URL: <https://conf.neicon.ru/index.php/science/domestic0418/schedConf/>.

6. Литвинцев С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1994. – 37 с. – (Для служеб. пользования).

7. Маркусова В.А. Библиометрия как методологическая и инструментальная основа мониторинга развития и информационной поддержки российской науки : автореф. дис. ... д-ра пед. наук. – М., 2005. – 48 с.

8. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 48 с.

9. Beall J.B. Predatory publishers threaten the integrity of research and scholarly communication [Электронный ресурс] // Научное издание международного уровня – 2016: решение проблем издательской этики, рецензирования и подготовки публикаций : 5-я междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. О.В. Кириллова ; Нац. электрон.-информ. консорциум [и др.]. – Екатеринбург, 2016. – С. 20–24. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_26546522_42642800.pdf.

10. Falagas M.E., Pitsouni E.I., Malietzis G.A., Pappas G. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses // The FASEB J. – 2007. – Vol. 22, N 2. – P. 338–342.

11. Hirsch J.E. An index to quantify an individual's scientific research output that takes into account the effect of multiple coauthorship // Scientometrics. – 2010. – Vol. 85, N 3. – P. 741–754.

12. Meester W. Scopus: the whole story of today and what is to come in 2016 // Научное издание международного уровня – 2016: решение проблем издательской этики, рецензирования и подготовки публикаций : 5-я междунар. науч.-практ. конф. / Нац. электрон.-информ. консорциум [и др.]. – М., 2016. URL: <http://conf.neicon.ru/index.php/science/domestic0516/schedConf/program>.

Поступила 04.05.2018 г.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Шамрей В.К. Наукометрические показатели отечественных статей по боевому стрессу в Российском индексе научного цитирования (2008–2017 гг.) // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 102–136.

**SCIENTIFIC INDICATORS OF DOMESTIC ARTICLES ON THE BATTLE STRESS
IN THE RUSSIAN SCIENCE CITATION INDEX (2008–2017)**

Evdokimov V.I.^{1,3}, Rybnikov V.Yu.¹, Shamrey V.K.²

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (4/2 Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

² Kirov Military Medical Academy
(6 Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia);

³ Saint Petersburg University (7/9 Universitetskaya Emb., St Petersburg, Russia)

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2 Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Prof. Saint Petersburg University (7/9 Universitetskaya Emb., St Petersburg 199034, Russia), e-mail: 9334616@mail.ru;

Viktor Yurievich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof., Deputy Director (Science and Education) of Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2 Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: rvikirina@mail.ru;

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy Russia (6 Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: shamreyv.k@yandex.ru.

Abstract. The main methodological aspects of the analysis of the consequences of combat stress in combatants and persons indirectly involved in armed conflicts are presented. Based on the biopsychosocial paradigm of mental health, the articles on combat stress were compiled into categories. The basic scientometric indicators of publications are stated. An algorithm for searching publications in the database of the Scientific Electronic Library is shown. As many as 871 scientific domestic articles indexed in the Russian Science Citation Index (RINC) from 2008 to 2017 were analyzed. The annual number of articles averaged 90 ± 9 . About 4.1 % of articles are devoted to general issues, 10.7 % – to biological problems, 46.7 % – to medical diagnostics, clinic and treatment of stress disorders, and 38.5 % – to psychological and social problems. The subject of the study was combatants (22.8 %), military servicemen of the Russian Defense Ministry (21.6%), Russian Interior Ministry employees (15.6 %), residents of regions where combat operations and other emergency situations took place (13.3 %), and children (8.5 %). The average number of citations per article was 1.73, 47.3 % of articles were cited at least once, and the Hirsch index of the array of articles was 14. The publication activity and the relevance of articles from leading authors, journals and organizations are presented. The RINC opens up great information opportunities for researchers. About 91.4 % of the articles from the analyzed collection are available free of charge and with full texts. Recommendations are given to improve scientific indicators of publications.

Keywords: combat stress, combat mental trauma, combat mental disorders, acute reactive state, posttraumatic stress disorder, combatant, military man, science of science, scientific indicator, Russian Science Citation Index.

References

1. Akoev M.A., Markusova V.A., Moskaleva O.V., Pisyakov V.V. Rukovodstvo po naukometrii: indikatory razvitiya nauk i tekhnologii [Guide on scientometrics: Indicators of Science and Technology development]. Ekaterinburg. 2014. 249 p. (In Russ.)
2. Bredikhin S.V., Kuznetsov A.Yu., Shcherbakova N.G. Analiz tsitirovaniya v bibliometrii [Analysis of citations in bibliometrics]. Novosibirsk : Moskva. 2013. 344 p. (In Russ.)
3. Gavrilov E.P. [et al.]. Kommentarii k chasti chetvertoi Grazhdanskogo kodeksa Rossiiskoi Federatsii (postateinyi) [Comments on Part Four of the Civil Code of the Russian Federation (article by article)]. Moskva. 2009. 973 p. (In Russ.)
4. Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu., Shamrey V.K. Boevoi stress: naukometricheskii analiz otechestvennykh publikatsii (2005–2017 gg.) [Combat stress: scientometric analysis of domestic publications (2005–2017): a scientific publication]. Sankt-Peterburg. 2018. 170 p. (In Russ.)
5. Eremenko G.O. RINTs i Science Index: strategiya razvitiya [Russian Science Citation Index and Science Index: Developmental Strategies]. *Nauchnoe izdanie mezhdunarodnogo urovnya – 2018: mirovaya praktika podgotovki i prodvizheniya publikatsii* [World-class scientific publication – 2018: best practices in preparation and promotion of publications] : 7th international scientific and practical conference. Moskva. 2018. URL: <https://conf.neicon.ru/index.php/science/domestic0418/schedConf/>. (In Russ.)
6. Litvintsev S.V. Kliniko-organizatsionnye problemy okazaniya psikhiatricheskoi pomoshchi voennosluzhashchim v Afganistane [Clinical and organizational problems of providing psychiatric assistance to servicemen in Afghanistan]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1994. 37 p. (In Russ.)
7. Markusova V.A. Bibliometriya kak metodologicheskaya i instrumental'naya osnova monitoringa razvitiya i informatsionnoi podderzhki rossiiskoi nauki [Bibliometry as a methodological and instrumental basis for monitoring the development and information support of Russian science]: Abstract dissertation Dr. of Education. Moskva. 2005. 48 p. (In Russ.)
8. Snedkov E.V. Boevaya psikhicheskaya travma (kliniko-patogeneticheskaya dinamika, diagnostika, lechebno-reabilitatsionnye printsipy) [Combat mental trauma (clinical and pathogenetic dynamics, diagnostics, treatment and rehabilitation principles)]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1997. 50 p. (In Russ.)
9. Beall J.B. Predatory publishers threaten the integrity of research and scholarly communication. *Nauchnoe izdanie mezhdunarodnogo urovnya – 2016: reshenie problem izdatel'skoi etiki, retsenzirovaniya i podgotovki publikatsii* [World-Class Scientific Publication – 2016: Publishing Ethics, Peer-Review and Content Preparation]. Ed. O.V. Kirillova: The 5th International Scientific and Practical Conference. Ekaterinburg. 2016. Pp. 20–24. URL: https://conf.neicon.ru/materials/15-Domestic0516/Sbornik_konf_2016.pdf.
10. Falagas M.E., Pitsouni E.I., Malietzis G.A., Pappas G. Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar: Strengths and weaknesses. *The FASEB J.* 2007. Vol. 22, N 2. Pp. 338–342.

11. Hirsch J.E. An index to quantify an individual's scientific research output that takes into account the effect of multiple coauthorship. *Scientometrics*. 2010. Vol. 85, N 3. Pp. 741–754.

12. Meester W. Scopus: the whole story of today and what is to come in 2016. *Nauchnoe izdanie mezhdunarodnogo urovnya – 2016: reshenie problem izdatel'skoi etiki, retsenzirovaniya i podgotovki publikatsii* [World-Class Scientific Publication – 2016: Publishing Ethics, Peer-Review and Content Preparation]. Ed. O.V. Kirillova: The 5th International Scientific and Practical Conference. Moskva. 2016. URL: <http://conf.neicon.ru/index.php/science/domestic0516/schedConf/program>.

Received 04.05.2018

For citing. Evdokimov V.I., Rybnikov V.Ju., Shamrey V.K. Naukometricheskie pokazateli otechestvennyh statej po boevomu stressu v Rossijskom indekse nauchnogo citirovaniya (2008–2017 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. Pp. 102–136. (**In Russ.**)

Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu., Shamrey V.K. Scientific indicators of domestic articles on the battle stress in the Russian Science Citation Index (2008–2017). *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. Pp. 102–136.



Водоходъ

КРУИЗЫ И ПУТЕШЕСТВИЯ

НАДЁЖНОСТЬ

КОМФОРТ

БЕЗОПАСНОСТЬ

РЕЧНЫЕ КРУИЗЫ

от лидера индустрии



8·800·555·0505

Звонок из любой точки России бесплатный

интернет - магазин круизов
WWW.VODOHOD.COM

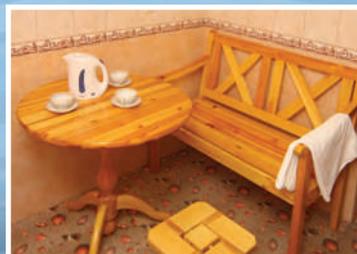
Реестровый номер туроператора РТО 002057

Водоходъ

Речные круизы представленные компанией Водоходъ, являются замечательным отдыхом в рекреационных зонах России.

Нахождение на водных поверхностях на фоне живописных ландшафтов позволяет значительно снизить нервно-эмоциональное напряжение.

За счет комплекса профилактических и реабилитационных немедикаментозных мероприятий, таких как ландшафтотерапия, лечебная физкультура, фиточаи и д.р., достигается эффективная коррекция стресс-индуцированных нарушений функциональных систем организма.



8•800•555•0505
Звонок из любой точки России бесплатный

интернет - магазин круизов
WWW.VODOHOD.COM

Реестровый номер туроператора РТО 002057

«ПСЕВДОПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ» ФОРМЫ МЫШЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

¹ Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (Россия, Санкт-Петербург, набережная реки Мойки, д. 48);

² Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики (Россия, Санкт-Петербург, Кронверкский пр., д. 49).

Обсуждаются проявления «псевдопсихопатологических» форм мышления в результате изменений культурно-исторического контекста общества постмодерна. Интенсивное развитие цифровых технологий приводит к изменениям личности и высших психических функций. Это вызывает необходимость пересмотреть определенные ранее границы нормы и патологии, обуславливая необходимость новых сравнительных исследований во всех областях психологии. Приводятся результаты исследования мышления у современной молодежи с использованием классических психопатологических методов: «Пиктограммы» и «Исключение лишнего». Проведен сопоставительный анализ психической нормы мышления респондентов в 1980-х годах XX в. и у современной молодежи. Выявлены новые виды категорий обобщения, которыми оперируют современные молодые люди. Полученные результаты наглядно показывают наличие «псевдопсихопатологических» проявлений у здоровых людей при психологически понятном генезе, что позволяет говорить о сдвиге психической нормы вследствие изменения культурно-исторического контекста.

Ключевые слова: социальная психология, клиническая психология, психопатология, мышление, умозаключение, расстройства мышления, псевдопсихопатология.

Введение

Исследование человека эпохи постмодерна носит междисциплинарный характер и затрагивает все науки о человеке: философию, социологию, психологию, медицину и др.

Алехин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. клинич. психологии, Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, набережная реки Мойки, д. 48), e-mail: termez59@mail.ru;

✉ Грекова Алия Адександровна – клинич. психолог, С.-Петерб. нац. исслед. ун-т информ. технологий, механики и оптики (Россия, 197101, Санкт-Петербург, Кронверкский пр., д. 49), e-mail: Aliya-grekova@yandex.ru.

В конце XX – начале XXI вв. ярко проявился ряд признаков, характеризующих резкое и принципиальное изменение социокультурного пространства в результате значительных технологических преобразований в области информационных технологий, что обусловило переход общества в эпоху постмодерна.

Для постмодернистской культуры характерна беспрецедентная подвижность, лишенная прочных отношений и основ [10]. Устойчивые представления о действительности, характерные для культуры модерна, сменились постоянно изменяющейся, текучей, гибридной реальностью и сопровождающей ее иллюзией.

Изменение пространственно-временной представленности мира вследствие скорости цифровых коммуникаций сопровождается ускорением ритма жизни человека, преобразуя способы переживания мира. Э. Тоффлер описал это как превращение внешнего ускорения во внутреннее [12], при котором «отдельно взятый человек уже не в состоянии за ним угнаться, усвоить общечеловеческий опыт, который растет все быстрее. Люди продолжают черпать из совокупного опыта человечества, но все более и более безнадежной становится задача все вычерпать» [15, с. 45]. Психические механизмы обработки и хранения информации, сформированные в процессе длительной эволюции человека, претерпевают серьезные перегрузки, изменяются подобно физиологическим функциям, освобожденным от естественных нагрузок техникой.

Согласно культурно-исторической теории Л.С. Выготского формы мышления формируются в условиях повседневной жизни, в специфике деятельности [6]. Новые технологии стали продолжением высших психических функций, изменяя формы мышления, памяти, внимания [8]. В условиях радикальных перемен самой ситуации психического развития, психические функции претерпевают существенные изменения [1, 2, 4].

Мышление традиционно определяют как обобщенное опосредованное познание объективной реальности, дающее знание о существенных свойствах, связях и отношениях объективной реальности и осуществляющее в процессе познания переход «от явления к сущности». Мышление есть функция человеческого мозга и в этом смысле представляет собой естественный процесс. Однако мышление человека не существует вне общества, вне языка, вне накопленных человечеством знаний и выработанных им способов мыслительной деятельности [6].

Цифровые технологии не только усиливают физические возможности человека, но и фактически решают за него многие задачи. Они встраи-

ваются в ментальность человека, определяя субъективную картину мира: компьютеры, мобильный телефон, носители электронной памяти и пр. [13]. Профессиональная деятельность в значительной степени осуществляется в гиперинформационной среде, где виртуальная реальность имеет большее значение, чем вещественная. Непрерывно расширяется круг деятельностей, где «чистое» мышление и чувства больше не ориентируют человека. То, что воспринимается из виртуальной реальности, оценивается как реально существующее.

Тенденция виртуализации социокультурного пространства и человеческой деятельности приводит к «развеществлению» общества, предполагающего взаимодействие человека не с вещами, а с симуляциями, которые ставят под сомнение отличие «настоящего» от «ложного», «реального» от «воображаемого» [5]. Симуляция приводит к «потерянному» принципу реальности, нарушению целостного восприятия и образованию в некотором роде хаотичных и мозаичных структур [5, 10].

В виртуальной реальности человек взаимодействует не с вещами, а с симуляциями (образами, замещающими реальность). Новый тип психологического отношения к миру в эпоху постмодерна характеризуется ослабленностью упорядочивающих связей рассудка, чувственным застреванием. Поглощенность актом восприятия объекта и срастания с ним может происходить ценой утраты способности к рационализациям и обобщениям. Такой тип психологического отношения к миру Ж. Бодрийяр обозначил понятием «шизофрения», не вкладывая в этот термин клинического смысла [5].

Информационное пространство насыщено симулякрами, которые маскируют и искажают социальную действительность, «фальсифицируя смысловую сторону вещей и событий». «Постепенно размывается граница между прототипом и копией, реальностью и навязанной иллюзией, теряется сама категория подлинности, истинности, т. к. в бесконечном потоке симулякров теряется любая модель...» [10, с. 285]. Культура постмодерна довольствуется миром симулякров, где все воспринимается как цитата, как условность, за которой нельзя отыскать никаких истоков, начал, происхождения.

В результате подмены цифровыми имитациями деятельности, игры, общения в психическом развитии мышление все чаще оперирует знаками без значений, становится символическим. Его характеризуют отрывочность, рваный стиль, отсутствие аргументации, отсутствие существенно важного. Ослабляется способность человека к системному и углубленному мышлению и познанию. Появляется новый тип человека (виртуальная

личность), новый специфический способ мышления (виртуальное мышление), новый вид коммуникации (виртуальная коммуникация) и пользующийся для этого специфическими лексическими средствами (виртуальный) язык [7].

Для клинической психологии как отрасли, находящейся на стыке психологии и медицины, принципиально важно понимание особенностей психики современного человека, установление границ и показателей нормы и патологии [9]. В настоящее время отсутствуют исследования нормы и патологии мышления в условиях трансформации культурно-исторического контекста. Базовые исследования, лежащие в основе теоретических представлений о норме и патологии, относятся к первой половине XX в., поэтому отмечается насущная необходимость проведения новых исследований в различных областях психологии: возрастной психологии, клинической психологии и др.

Проведенные исследования показывают, что современная социальная среда особым образом влияет на формирующуюся личность, в частности на сферу значимых отношений [3]. Изменения когнитивных процессов вследствие изменения социокультурного контекста остаются неизученными. Необходимы исследования, которые позволят провести сопоставительный анализ показателей нормы и патологии мышления у современной молодежи, дополнить, расширить и углубить представления о закономерностях развития высших психических функций в онтогенезе в современных культурно-исторических условиях.

Цель исследования – проанализировать особенности мышления молодежи в условиях современного социокультурного контекста.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 330 респондентов, обучающихся в Санкт-Петербургском национальном исследовательском университете информационных технологий, механики и оптики, «Санкт-Петербургском государственном электротехническом университете им. В.И. Ульянова (Ленина)», Санкт-Петербургском горном университете. Возраст респондентов 18–20 лет (1998–2000 гг. рождения), образовательный уровень – полное среднее образование. Социально-демографические показатели новой выборки соответствуют массиву обследованных респондентов в 1980-х гг. [14].

В исследовательскую программу включены классические патопсихологические методики «Исключение лишнего» и «Пиктограммы». Выбор

методик исследования обусловлен необходимостью проведения сопоставительного анализа с результатами исследований второй половины XX в., базировавшихся на названных классических патопсихологических методиках.

1. «Пиктограммы». Методика была создана в рамках культурно-исторической теории психического развития человека Л.С. Выготского, А.Р. Лурия и А.Н. Леонтьева и изначально использовалась для изучения опосредованного запоминания. В дальнейшем методика была признана эффективным методом исследования мышления. Необходимость выразить понятие через образ требует от человека серьезной мыслительной работы. Методика интересна тем, что требует, с одной стороны, включения аналитико-синтетической деятельности, а с другой – предоставляет человеку возможность выбора своего индивидуального способа графического представления понятия. Этот способ может быть как очевидным и логичным, так и замысловатым, не очевидным другому человеку. На выбор образа респондентом зачастую влияют как личные ассоциации и эмоциональный опыт, так и особенности культурно-исторического контекста. Пиктограммы рассматриваются как графические репрезентемы (знаки), которыми всегда опосредован культурно-исторический контекст, в рамках которого и происходит развитие высших психических функций.

Анализ пиктограмм респондентов провели по категориям. За основу взяли категории, предложенные Б.Г. Херсонским [14]. В 1980-х гг. им было проведено исследование экспериментально-психологического метода «Пиктограммы» в целях его совершенствования и применения для изучения личностных особенностей в норме и при некоторых нервно-психических заболеваниях. Для выработки нормативных показателей Б.Г. Херсонским были проведены исследования репрезентативной нормативной группы психически здоровых респондентов, в том числе из технических научно-исследовательских институтов, с особенностями интеллекта и личности, не выходящими за пределы психической нормы (n = 400 человек).

Все графические образы, нарисованные респондентами, как и в исследовании Б.Г. Херсонского, оценили по трем аналитическим факторам:

– абстрактности. Для анализа фактора абстрактности все образы отнесли к одной из категорий: геометрические (графическая, абстрактная, грамматическая символика), конкретные/сюжетные, метафорические, атрибутивные;

– индивидуальной значимости – образы, выбранные формально или образы, имеющие индивидуальную значимость;

– частоты встречаемости в протоколах здоровых людей.

Анализ пиктограмм осуществили в два этапа: провели анализ пиктограмм по трем факторам и сопоставили данные, полученные в выборке 2017–2018 гг. с результатами исследования, проведенного в 1980-х гг., по t-критерию Стьюдента.

2. «Исключение лишнего» (визуальный ряд). Методика предназначена для исследования аналитико-синтетической мыслительной деятельности больных, их способности строить обобщения. Способность к обобщению базируется на способности выделить существенное из частных признаков. Методика дает представление о мыслительных категориях, которыми оперирует человек.

Результаты и их анализ

Статистическое сравнение двух выборок психически здоровых по частоте встречаемости разных категорий образов показало значимые различия: отмечаются тенденции к увеличению количества геометрических и индивидуально-значимых образов при резком уменьшении частоты метафорических образов. Особенно хочется подчеркнуть, что изображения человека в новой выборке респондентов встречаются в два раза реже, а стандартные образы – в два раза чаще (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости категорий образов графических пиктограмм в выборках респондентов ($M \pm m$)

Категория образа	1980-е гг.		2017–2018 гг. (3)	p <
	здоровые (1)	больные с шизофренией в ремиссии (2)		
Геометрический	1,2 ± 0,1	2,0 ± 0,1	1,7 ± 0,1	1/3 – 0,001
Атрибутивный	6,4 ± 0,1	4,3 ± 0,2	4,2 ± 0,2	1/3 – 0,001
Конкретный	5,0 ± 0,1	6,4 ± 0,2	5,0 ± 0,2	2/3 – 0,001
Метафорический	2,5 ± 0,1	3,6 ± 0,2	0,6 ± 0,1	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Индивидуально значимые стимулы	1,2 ± 0,1	0,5 ± 0,1	2,2 ± 0,1	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Адекватный %	86,3 ± 0,3		84,6 ± 0,1	
Стандартный	4,3 ± 0,1	2,2 ± 0,2	8,6 ± 0,2	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001
Удачный оригинальный	1,1 ± 0,0	0,73 ± 0,18	0,8 ± 0,1	1/3 – 0,001
Изображения человека	5,17 ± 0,1	7,1 ± 0,2	3,0 ± 0,2	1/3 – 0,001 2/3 – 0,001

Статистическое сравнение количества графических пиктограмм у психически здоровых молодых людей (2017–2018 гг.) и у больных шизофренией в ремиссии (1980-е гг.) показал, что по этому признаку выборки равнозначны, также как и по количеству атрибутивных образов (см. табл. 1). По количеству изображений человека пиктограммы психически здоровых людей эпохи постмодерна приближены к пиктограммам больных шизофренией в период обострения заболевания (1980-е гг.). При этом по показателю адекватности пиктограммы психически здоровых людей эпохи постмодерна равнозначны пиктограммам психически здоровых людей эпохи модерна (см. табл. 1).

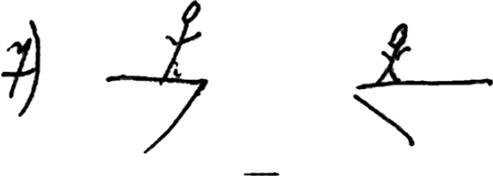
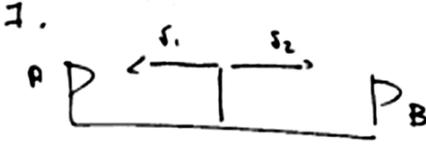
Таким образом, для пиктограмм эпохи постмодерна характерны следующие тенденции: увеличение количества абстрактных графических символов, уменьшение количества изображений человека, сокращение и сжатие образов, которое выражается в увеличении количества стандартных пиктограмм, в том числе пиктограмм с использованием готовых универсальных символов, активно тиражируемых в современном культурно-историческом контексте (знак цифровой валюты «биткоин», символы системы эмоджи и др.).

Рассматривая пиктограмму как графический знак, попробуем увидеть ее через призму семиотической модели [11]. В зависимости от типа знаковой системы, образ (пиктограмма) может иметь различный вид. Рассмотрим процесс трансформации образа на примере пиктограмм к понятию «разлука» (табл. 2). Появлению понятия на уровне знака предшествует «естественный знак» (само явление). Образные системы наиболее близки к «естественным знакам». С каждым последующим уровнем связь понятия с «естественным знаком» становится все менее тесной. Фактор абстрактности отдаляет каждый новый знак от предыдущего.

Для модерна наиболее близки были образные системы и последующий схематический уровень. Для эпохи постмодерна характерна эклектика уровней и постепенный сдвиг по шкале абстрактности знака. На примере пиктограмм к слову «разлука» мы видим, как может происходить процесс увеличения разрыва между значением и знаком.

Таблица 2

Трансформация образа на примере пиктограмм к понятию «разлука»

Показатель пиктограмм	Пиктограмма понятия «Разлука»
Образ (образные системы)	
Схематический образ (аналогичный словесным системам)	
Абстрактный образ (уровень иероглифов)	
Математический код (высший уровень абстракции знака)	

Мы предположили, что выявленные в методике «Пиктограммы» особенности графических репрезентем мышления должны получить отражение и в вербальном материале. В результатах, полученных по методике «Исключение лишнего», мы видим появление новых обобщающих категорий, которыми оперируют респонденты. Широкие обобщения имеют в своей основе иные, отличные от стандартных родовых понятий категории (табл. 3).

Таблица 3

Категории и примеры обобщений модерна (1) и постмодерна (2)

Этап	Категория мышления/задание	Пример ответов
	Гитара, письмо, радио, телефон	
1	Предметы, являющиеся средствами связи	«Гитара лишняя, остальное используется для связи между людьми»
2	Все предметы передают информацию. Исключение делается на основе вида этой информации, способности/отсутствия способности передавать информацию на дальние расстояния и др.	«Лишняя гитара. Три оставшиеся вещи непосредственно могут передавать содержательную информацию людям. Гитара может передавать информацию (звук), но не столь важную, не столь содержательную для обывателя»; «Гитара лишняя, так как все картинки отражают способы взаимодействия людей, передачи информации и чувств, личных переживаний. Однако три оставшиеся способа подразумевают физическую отдаленность, тогда как для использования гитары необходим контакт и нахождение людей в пределах слышимости, только тогда играющий и поющий будут услышаны»; «Гитара лишняя, она не передает алфавитных сообщений»
	Физические свойства предметов	«Письмо – не использует никаких волн», «Письмо не связано с законами физики, телефон, радио – электричество, гитара – колебания, резонирование»
	Барабан, пистолет, зонт, фуражка	
1	Военная атрибутика, тематика	«Зонт лишний, остальные предметы относятся к военной сфере»
2	Защищающие/угрожающие предметы	«Барабан лишний, остальные в каком-то смысле защищают от чего-то (от дождя, солнца, врагов)»; «Лишний – пистолет, т. к. остальными можно укрыться от ветра (конечно, защищать себя от ветра фуражкой и барабаном плохая идея, но в теории это возможно), а пистолет имеет слишком маленький объем для этого»
	Пила, шуруп, штопор, топор	
1	Предметы, инструменты, используемые для строительства	«Штопор лишний, он не инструмент для строительства»
2	Свойство разрушать структуру	«Шуруп, остальное предназначено для нарушения структуры объекта» «Саморез, так как он скручивает два предмета, а остальные делают из одного два»
	Пчела, самолет, гвоздь, вентилятор	
1	Способность создавать движение воздуха	«Гвоздь лишний, так как он не связан с воздухом, не приводит воздух в движение»

2	Взаимодействие с воздухом (активное или пассивное)	«Гвоздь, оса, вентилятор, самолет. Лишнего нет. Все они производят колебания воздуха»; «Самолет, оса и вентилятор взаимодействуют с воздухом напрямую»; «Гвоздь не манипулирует с ветром»
---	--	---

Стандартные обобщающие родовые понятия, лежащие в основе мышления эпохи модерна, сохраняли четкую связанность с человеческой деятельностью и культурно-историческим назначением предметов или явлений. Новые родовые понятия, такие как «информация», «физические свойства» и др., не имеют четкой связанности с человеческой деятельностью, они шире, чем их практическое назначение.

Все широкие обобщения, с одной стороны, сохраняют связь с реальными свойствами предметов, с другой стороны, заостряют внимание на частных несущественных свойствах. Широкие допущения часто уводят респондентов в сторону философских размышлений и приводят к допущению логических ошибок. Например, ответ: «Гитара лишняя, так как все картинки отражают способы взаимодействия людей, передачи информации и чувств, личных переживаний. Однако три оставшиеся способа подразумевают физическую отдаленность, тогда как для использования гитары необходим контакт и нахождение людей в пределах слышимости, только тогда играющий и поющий будут услышаны». Этот ответ отражает определенную связь с реальностью (через музыку, действительно, возможно передать переживания или чувства), но логическая ошибка в том, что гитара не является «способом взаимодействия людей» и не относится к невербальным способам передачи информации и личных переживаний.

На наш взгляд, такое необоснованное расширение значения предметов и слишком обобщенный взгляд на их культурно-историческое предназначение, создает ложный посыл и приводит к странным умозаключениям. К примеру, следуя подобной логике, один из наших респондентов пришел к заключению, что на предложенной картинке нет ни одного лишнего предмета: «Вероятно, по задумке гитара должна быть лишней, т. к. все остальное – письмо, радио и телефон – используют для передачи информации на расстоянии. Гитарой можно что-то сыграть такое запоминающееся, что оно будет приходить в голову на любом расстоянии, поэтому я бы не назвал ее лишней» (см. табл. 3). Эти примеры показывают, что мышление, базирующееся на категориях, выведенных на основании широкого обобщения, может приводить респондентов к абсолютно разным выводам, вплоть до противоречащих друг другу.

Обобщения на основании физических свойств, с которыми мы часто сталкивались в нашем исследовании, также не отражают связь предметов с деятельностью человека. Эти ответы являются примером мышления, базирующегося на знаках, в основании которых положены не антропологические, культурные признаки, а признаки химические, физические, цифровые и т. д. Порой такая вариабельность взгляда на мир и предметы делает невозможным процесс исключения, анализа. Например, выполняя задание на исключение из четырех предметов: очки, часы, термометр, весы, респондент отвечает: «Вы хотите, чтобы я убрал очки, но, на мой взгляд, я не могу убрать ничего, т. к. эти предметы помогают нам исследовать мир/изучать».

Ответы, основанные на новых широких обобщающих категориях, составили 11 % от числа всех ответов респондентов. Методика позволила выявить другие особенности мышления, которые не являются предметом обсуждения данной статьи.

Заключение

Таким образом, отсутствие тесной связи «знака» с человеческой деятельностью, фиксируемой в значении, проявляется как на уровне графических репрезентем (уменьшение количества изображений человека), так и на уровне вербальных обобщений (новые виды мыслительных категорий). Появлению новых обобщающих категорий сопутствует увеличение числа графических, абстрактных символов в пиктограммах. Изменения мышления, выявленные при анализе методики «Пиктограммы», проявляются и на вербальном уровне, при выполнении мыслительных операций обобщения. Наблюдается увеличение разрыва между знаком и значением понятий, между «схемой и картиной», между «территорией и картой», отношения которых и определяют продуктивное мышление.

Распространение цифровых технологий, ознаменовавшее переход к постмодерну, более не постулирует «объективную, внешнюю реальность», над знаками постоянно надстраиваются новые знаки – «симулякры». Мышление, будучи процессом познания, опосредуется в вербальных и графических репрезентемах (знаках). Патопсихологические экспериментальные диагностические методы основаны на фиксации этих репрезентем и соотнесении их с культурно-историческими нормативами. Полученные результаты характеризуют сдвиг психической нормы, проявляющийся в увеличении разрыва между знаком и значением вследствие изменения культурно-исторического контекста. Эти тенденции подтверждают мысль

А.Б. Соломоника о неизбежной эволюции человеческого мышления и культуры, которое заключается в постоянном совершенствовании все более эффективных знаковых систем, а значит неизбежных переходах на более абстрактный уровень знаков [11]. Мы видим потенциальную опасность в размывании системы категорий модерна и увеличении разрыва между знаком и значением в том, что это может привести к утрате связей мышления с существенными признаками предметов и потере критичности мышления. Именно критичность мышления обеспечивает сохранность смысловой сферы за счет сохранения способности дифференциации объективных значений понятий и симулякров.

Эти явления обозначены нами как «псевдопсихопатологические» феномены, поскольку, будучи описаны как явления патологических изменений психической деятельности, они получают распространение среди здоровых людей и имеют психологически понятный генез. Полученные данные следует учитывать как при оценке результатов патопсихологических экспериментов (в судебной, медико-социальной психологической экспертизе или патопсихологической диагностике), так и при проектировании образовательных программ, предполагающем формирование эффективного мышления специалистов.

Литература

1. Алехин А.Н., Грекова А.А. Проблемы диагностики нормы и патологии мышления во взаимосвязи с культурно-историческим контекстом // Поляковские чтения – 2018 (к 90-летию Ю.Ф. Полякова) : сб. материалов науч.-практ. конф. с междунар. участием / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. С.Н. Ениколопова. – М. : Сам Полиграфист, 2018. – С. 52–53.
2. Алёхин А.Н., Литвиненко О.А. Социо-культурные матрицы бреда [Электронный ресурс] // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (27). URL: <http://mprj.ru>.
3. Алехин А.Н., Осташева Е.И., Литвиненко О.А. Социокультурные аспекты формирования отношений личности // Вестн. Герценовского ун-та. – 2014. – № 3/4. – С. 130–135.
4. Балашова Е.Ю, Ковязина М.С. Некоторые аспекты проблемы нормы в клинической психологии // Вопр. психологии. – 2006. – № 6. – С 112–117.
5. Бодрийяр Ж. Симулякры и симуляция : [пер. с англ.]. – Тула, 2013. – 204 с.
6. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М. : Смысл : Эксмо, 2005. – 1136 с.
7. Курбатов В.И. Символическое, виртуальное, сетевое мышление: новая эпоха или эпоха новостей // Гуманитарий юга России. – 2013. – № 1. – С. 1–11.
8. Маклюэн М. Понимание медиа: внешние расширения человека : [пер. с англ.]. – М. : Жуковский : Канон-пресс-Ц : Кучково поле. 2003. – 464 с.

9. Мацумото Д. Психология и культура. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 720 с.
10. Павлова Е.Д. Сознание в информационном пространстве. – М., 2007. – 688 с.
11. Соломоник А.Б. Очерк общей семиотики : монография. – Минск : МЕТ, 2009. – 191 с.
12. Тоффлер Э. Шок будущего. – М. : АСТ, 2002. – 557 с.
13. Тхостов А.Ш., Емелин В.А. От тамагочи к виртуальному ошейнику: границы нейтральности технологий [Электронный ресурс] // Психол. Исслед. : электрон. науч. журн. – 2010. – № 6 (14). URL: <http://psystudy.ru>.
14. Херсонский Г.Б. «Пиктограмма» как метод исследования личности в норме и при некоторых нервно-психических заболеваниях : автореф. канд. дис.... канд. мед. наук. – Л., 1982. 28 с.
15. Эпштейн М.Н. Постмодерн в России. – М : Издание Р. Элинина, , 2000. – 368 с.

Поступила 28.04.2018

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Алехин А.Н., Грекова А.А. «Псевдопсихопатологические» формы мышления в современных условиях // Вестн. психотерапии. 2018. № 66 (71). С. 137–151.

«PSEUDOPSYCHOPATHIC» FORMS OF THINKING IN MODERN CONDITIONS

Alekhin A.N., Grekova A.A.

The Herzen State Pedagogical University of Russia
(Embankment of the Moika River, 48, St. Petersburg, Russia);
Saint-Petersburg National Research University of Information Technologies,
Mechanics and Optics (Kronverkskiy ave., 49A, St. Petersburg, Russia)

Anatolii Nikolaevich Alekhin – Dr. Med. Sci. Prof., The Herzen State Pedagogical University of Russia, head of the clinical psychology Department of The Herzen State Pedagogical University (Embankment of the Moika River, 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: termez59@mail.ru;

✉ Aliya Aleksandrovna Grekova – clinical psychologist of Students `social support centre (Kronverkskiy ave., 49A, St. Petersburg, 197101, Russia), e-mail: Aliya-grekova@yandex.ru.

Abstract. «Pseudopsychopathological» forms of thinking manifestations as a result of the cultural-historical context changes in the postmodern society are discussed in the article. Intensive development of digital technologies results in personality and

higher mental functions changes. This causes reconsideration of formerly defined norm and pathology standards and leads to strong need for new comparative research in all fields of psychology. Research results of the modern youths thinking held with the help of the classical pathopsychological methods: «Pictographs» and «Deletion of superfluous object» are quoted. Performed comparative analysis of the psychic norm of respondents' thinking in the 1980s and modern youths shows new generalization categories applied by modern youths. Acquired results clearly show «pseudopsychopathological» manifestations presence for healthy people with a psychologically understandable genesis that allows to point out a shift in mental norm due to the cultural and historical context changes.

Keywords: social psychology, clinical psychology, pathopsychology, thinking, inference, thinking disorders, pseudopsychopatology.

References

1. Alekhin A.N., Grekova A.A. Problemy diagnostiki normy i patologii myshleniya vo vzaimosvyazi s kul'turno-istoricheskim kontekstom [Diagnosis' problems of the norm and pathology of thinking in connection with the cultural and historical context]. *Polyakovskie chteniya-2018* [Polyakov Readings]: Scientific. Conf. Proceedings. Eds.: N.V. Zvereva, I.F. Roshchina. S.N. Enikolopov. Moskva. 2018. Pp. 52–53. (In Russ.)
2. Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Cotsio-kul'turnye matrity breda [Socio-cultural matrix delusions]: Electronic resource. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2014. N 4 (27). URL: <http://mprj.ru>. (In Russ.)
3. Alekhin A.N., Ostasheva E.I., Litvinenko O.A. Sotsiokul'turnye aspekty formirovaniya otnoshenii lichnosti [Sociocultural aspects of the formation of personal relationships]. *Vestnik Gertsenovskogo universiteta* [Universum : Herald of the Herzen University]. 2014. N 3/4. Pp. 130–135. (In Russ.)
4. Balashova E.Yu, Kovyazina M.S. Nekotorye aspekty problemy normy v klinicheskoi psikhologii [Some aspects of the problem of norm in clinical psychology]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 2006. N 6. Pp. 112–117. (In Russ.)
5. Bodriyar Zh. Simulyakry i simulyatsiya [Simulation and simulation]. Tula. 2013. 204 p. (In Russ.)
6. Vygotskii L.S. Psikhologiya razvitiya cheloveka [Psychology of Human Development]. Moskva. 2005. 1136 p. (In Russ.)
7. Kurbatov V.I. Simvolicheskoe, virtual'noe, setevoe myshlenie: novaya epokha ili epokha novostei [Symbolic, virtual, networked thinking: a new era or the era of news]. *Gumanitarii yuga Rossii* [Humanitarian of the south of Russia]. 2013. N 1. Pp. 1–11. (In Russ.)
8. McLuhan M. Ponimanie media: vneshnie rasshireniya cheloveka [Understanding media: the extensions of man]. Moskva. 2003. 464 p. (In Russ.)
9. Matsumoto D. Psikhologiya i kul'tura [Psychology and Culture]. Sankt-Peterburg. 2003. 720 p. (In Russ.)
10. Pavlova E.D. Soznanie v informatsionnom prostranstve [Consciousness in the information space]. Moskva. 2007. 688 p. (In Russ.)
11. Solomonik A.B. Ocherk obshchei semiotiki [Essay on General Semiotics]. Minsk. 2009. 191 p. (In Russ.)

12. Toffler E. Shok budushchego [Shock of the future]. Moskva. 2002. 557 p. (In Russ.)

13. Tkhostov A.Sh., Emelin V.A. Ot tamagochi k virtual'nomu osheiniku: granitsy neitral'nosti tekhnologii [From tamagochi to virtual collar: the limits of technology neutrality]: Electronic resource. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies]. 2010. N 6 (14). URL: <http://psystudy.ru>. (In Russ.)

14. Khersonskii G.B. «Piktogramma» kak metod issledovaniya lichnosti v norme i pri nekotorykh nervno-psikhicheskikh zabolevaniyakh ["Pictograph" as a method of researching the personality in the norm and with certain neuropsychic diseases]: PhD Med. Sci. Leningrad. 1982. 28 p. (In Russ.)

15. Epshtein M.N. Postmodern v Rossii [Postmodern in Russia]. Moskva. 2000. 368 p. (In Russ.)

Received 28.04.2018

For citing. Alekhin A.N., Grekova A.A. «Psevdopsikhopatologicheskie» formy myshleniya v sovremennykh usloviyakh. *Vestnik psikhoterapii*. 2018. N 66. P. 137–151. (In Russ.)

Alekhin A.N., Grekova A.A. «Pseudopsychopathic» forms of thinking in modern conditions. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2018. N 66. P. 137–151.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) **по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки.** Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Биб-

лиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовки библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Подписано в печать 25.06.2018. Печать – ризография.
Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 9,63 п. л. Заказ 18542.