

- Психотерапия
- Психиатрия и наркология
- Медицинская психология
- Психофизиология
- Юридическая психология и психология безопасности личности

ISSN 0132-182X (print)
ISSN 2782-652X (online)

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ



№86

Bulletin of Psychotherapy

2023

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

№ 86
2023

Научный рецензируемый журнал

Издается ежеквартально с 1991 г.

Учредитель

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций России Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г.

Индекс для подписки

в электронных каталогах
«Пресса России» (www.pressa-ru.ru)
и агентства «Книга-сервис» (www.aks.ru)

Импакт-фактор (2020) 0,608

Журнал «Вестник психотерапии» (по состоянию на 27.06.2023 г., пункт 630) включен ВАК Минобрнауки России в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук по научным специальностям (с 31.05.2023 г.):

- 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки),
- 5.3.2. Психофизиология (психологические науки),
- 5.3.6. Медицинская психология (медицинские науки),
- 5.3.6. Медицинская психология (психологические науки)
- 5.3.9. Юридическая психология и психология безопасности личности (психологические науки)

Полные тексты статей представлены на сайте Научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru> и ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.nrcerm.ru>

Компьютерная верстка С.И. Рожковой
Корректор Е.С. Степченко
Перевод Е.О. Клейман

Подписано в печать: 29.06.2023
Формат 60×84/8. Усл.-печ. л. 14,25
Тираж 500 экз. Заказ № 7610-1
Отпечатано в типографии
«Скифия-Принт», Санкт-Петербург, 197198,
ул. Б. Пушкарская, д. 10
Дата выпуска в свет: 30.06.2023
Свободная цена

Адрес редакции:

Россия, 194352, Санкт-Петербург,
Придорожная аллея, д. 11, лит. А
Тел. (812) 592-14-19, 8-911-923-98-01
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

ISSN 0132-182X (print)
ISSN 2782-652X (online)

СОДЕРЖАНИЕ

Психотерапия

- Евдокимов В.И., Назыров Р.К., Плужник М.С., Климшин Д.А., Коровицин В.В.*
Структура научных исследований в зарубежных статьях по психотерапии (2012–2021) 5
- Оганесян Н.Ю., Соловьева Э.Н., Журавлева Е.Г.*
Нейромоторная и танцевально-двигательная терапии в реабилитации пациента с болезнью Пика (клинический случай) 33
- Власов Н.А.*
Основные проблемы истории психотерапии (часть I) 44

Психиатрия и наркология

- Яковлева М.В., Макеенко В.В., Краснов А.А.*
Клинический случай злокачественного нейролептического синдрома на фоне фебрильной шизофрении у пациентки, перенесшей новую коронавирусную инфекцию. . . 57

Медицинская психология

- Фадеева Е.В., Лановая А.М.*
Изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя 68
- Лиманская А.Э., Тромбчиньски П.К.*
Образ отца и психологические особенности личности мужчин с различной сексуальной ориентацией из полных семей 81

Психофизиология

- Рыбников В.Ю., Леонтьева М.О., Круглова М.А., Сорокин Н.В., Гайворонская В.В.*
Психофизиологический статус и вегетативная регуляция у студентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы при обучении в период пандемии. 92
- Холод Е.А., Сухотерина Е.Г., Гуманенко Е.К., Пятибрат А.О.*
Психофизиологические механизмы внимания и методы коррекции их нарушений. 103

Главный редактор

Назыров Равиль Каисович, д-р мед. наук (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционная коллегия

Григорьев Степан Григорьевич, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Евдокимов Владимир Иванович, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Мизерене Рута, д-р мед. наук (г. Паланга, Литовская Республика)

Коровицин Виталий Викторович, помощник главного редактора (Москва, Россия)

Мильчакова Валентина Александровна, канд. психол. наук доцент (Санкт-Петербург, Россия)

Председатель редакционного совета

Рыбников Виктор Юрьевич, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Редакционный совет

Александров Артур Александрович, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Алексанин Сергей Сергеевич, д-р мед. наук проф., член-корреспондент РАН (Санкт-Петербург, Россия)

Алтынбеков Сагат Абылкаирович, д-р мед. наук проф. (г. Алматы, Республика Казахстан)

Ашуров Зарифжон Шарифович, д-р мед. наук проф. (г. Ташкент, Республика Узбекистан)

Бохан Татьяна Геннадьевна, д-р психол. наук проф. (г. Томск, Россия)

Булыгина Вера Геннадьевна, д-р психол. наук проф. (Москва, Россия)

Григорьев Григорий Игоревич, д-р мед. наук, д-р богословия проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Караваева Татьяна Артуровна, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Кремлева Ольга Владимировна, д-р мед. наук проф. (г. Екатеринбург, Россия)

Макаров Виктор Викторович, д-р мед. наук проф. (Москва, Россия)

Незнанов Николай Григорьевич, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Николаев Евгений Львович, д-р мед. наук проф. (г. Чебоксары, Россия)

Решетников Михаил Михайлович, д-р психол. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

Шамрей Владислав Казимирович, д-р мед. наук проф. (Санкт-Петербург, Россия)

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

N 86
2023

Reviewed Research Journal

Quarterly published

Founder

The Federal State Budgetary Institute
«The Nikiforov Russian Center
of Emergency and Radiation Medicine»,
The Ministry of Russian Federation
for Civil Defence, Emergencies and
Elimination of Consequences
of Natural Disasters (NRCERM,
EMERCOM of Russia)

Journal Registration

Russian Federal Surveillance Service
For Compliance with the Law in Mass
Communications and Cultural Heritage
Protection. Registration certificate
ПН № ФС77-27744 of 30.03.2007.

Impact factor (2020) 0,608

Abstracts of the articles are presented
on the website of the Online Research
Library: <http://www.elibrary.ru>,
and the fulltext electronic version
of the journal – on the official website
of the NRCERM, EMERCOM of Russia:
<http://www.nrcerm.ru>

Computer makeup
S.I. Rozhkova
Proofreading E.S. Stepchenko
Translation E.O. Klejman

Approved for press 29.06.2023.
Format 60×84/8.
Conventional sheets 14,25.
No. of printed copies 500.
Publication date 30.06.2023

For correspondence:

11, A, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-14-19,
8-911-923-98-01
e-mail: vestnik-psy@yandex.ru

ISSN 0132-182X (print)
ISSN 2782-652X (online)

CONTENTS

Psychotherapy

- Evdokimov V.I., Nazyrov R.K., Pluzhnik M.S.,
Klimshin D.A., Korovitsin V.V.*
Mapping the structure of research in international
papers on psychotherapy (2012–2021)5
- Oganesian N.Y., Solovyeva E.N., Zhuravleva E.G.*
Neuromotorial and dance-movements therapeutics
as a rehabilitation programm for patient with
“Pica Disease” (Clinical case)33
- Vlasov N.A.*
The main problems of the history of psychotherapy
(part I).....44

Psychiatry and narcology

- Yakovleva M.V., Makeenko V.V., Krasnov A.A.*
A clinical case of neuroleptic malignant syndrome
against the background of oneiroid schizophrenia
in a patient who had a new coronavirus infection57

Medical psychology

- Fadeeva E. V., Lanovaya A.M.*
Exploring the knowledge of women of reproductive
age about the harmful effects of alcohol
consumption68
- Limanskaia A.E., Trabczynski P.K.*
Father image and individual psychological
characteristics in men with different sexual
orientation from complete families81

Psychophysiology

- Rybnikov V.Y., Leonteva M.O., Kruglova M.A.,
Sorokin N.V., Gayvoronskaya V.V.*
Psychophysiological and autonomic regulation
in students with somatoform dysfunction of the
autonomic nervous system when studying during
a pandemic.....92
- Kholod E.A., Sukhoterina E.G., Gumanenko E.K.,
Pyatibrat A.O.*
Psychophysiological mechanisms of attention
and methods of correction of their disorders103

Editor-in-Chief

Ravil' K. Nazyrov, Dr. Med. Sci. (St. Petersburg, Russia)

Editorial Board

Stepan G. Grigorev, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vladimir I. Evdokimov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Ruta Mizeriene, Dr. Med. Sci. (Palanga, Lithuania)

Vitaliy V. Korovitsin, Assistant Editor-in-Chief (Moscow, Russia)

Valentina A. Milchakova, PhD Psychol. Sci. Associate Prof. (St. Petersburg, Russia)

Editorial Board Chairman

Viktor Yu. Rybnikov, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Members of Editorial Council

Artur A. Aleksandrov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Sergei S. Aleksanin, Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member Russian Academy of Sciences (St. Petersburg, Russia)

Sagat A. Altinbekov, Dr. Med. Sci. Prof. (Almaty, Republic of Kazakhstan)

Zarifzhon Sh. Ashurov, Dr. Med. Sci. Prof. (Tashkent, Republic of Uzbekistan)

Tat'yana G. Bohan, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Tomsk, Russia)

Vera G. Bulygina, Dr. Psychol. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

Grigorii I. Grigorev, Dr. Med. Sci., Dr. Divinity Prof. (St. Petersburg, Russia)

Tat'yana A. Karavaeva, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Ol'ga V. Kremleva, Dr. Med. Sci. Prof. (Ekaterinburg, Russia)

Viktor V. Makarov, Dr. Med. Sci. Prof. (Moscow, Russia)

Nikolai G. Neznanov, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Evgenii L. Nikolaev, Dr. Med. Sci. Prof. (Cheboksary, Russia)

Mikhail M. Reshetnikov, Dr. Psychol. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

Vladislav K. Shamrey, Dr. Med. Sci. Prof. (St. Petersburg, Russia)

В.И. Евдокимов^{1,2}, Р.К. Назыров³, М.С. Плужник²,
Д.А. Климшин³, В.В. Коровицин³

СТРУКТУРА НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТАТЬЯХ ПО ПСИХОТЕРАПИИ (2012–2021)

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

³ Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского
(Россия, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34)

Введение. При увеличивающемся потоке публикаций провести анализ научных исследований рутинным способом затруднительно. Для этих целей сотрудники Centre for Science and Technology Studies of Leiden University (Нидерланды) разработали аналитическую программу VOSviewer. Программа представляется пользователям бесплатно.

Цель – анализ структуры научных исследований в зарубежных статьях по психотерапии за 10 лет, опубликованных с 2012 по 2021 г.

Методология. Поисковый режим в реферативной базе данных PubMed выявил 89,8 тыс. откликов на зарубежные публикации по психотерапии, изданные за 10 лет – с 2012 по 2021 г. Доля изученных статей составила 88,6% от найденного массива. При помощи программы VOSviewer при 250 повторениях ключевых слов и 40 статьях авторов, которые они издали лично или в соавторстве, выявили 6 кластеров по содержанию статей и 14 ведущих научных соавторств.

Результаты и их анализ. В сгруппированных кластерах авторы в основном изучали в публикациях: в 1-м кластере – влияние психотерапии (конкретных методических приемов) на психологическую адаптацию пациентов, в том числе с психическими расстройствами, методические приемы организации психотерапевтического вмешательства, взаимоотношения психотерапевтов и пациентов, доля общей силы связи – 26,7% в массиве всех публикаций; во 2-м – особенности биологических и нейропсихологических маркеров психологического воздействия на человека, с общей силой связи 21,4%; в 3-м – эффективность применения методик психологического воздействия с позиций доказательной медицины, с общей силой связи 17,1%; в 4-м – применение когнитивной терапии при зависимостях, в том числе в удаленном режиме в сети Интернет, формирование у пациентов здорового образа жизни и технико-экономическое обоснование лечения, с общей силой связи 14,9%; в 5-м – лечение пациентов с психическими расстройствами с помощью когнитивно-поведенческой и ком-

✉ Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); преподаватель каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Назыров Равиль Каисович – д-р мед. наук, директор, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: ravil.nazyrov@gmail.com;

Плужник Михаил Сергеевич – курсант IV факультета подготовки военных врачей, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: pluzhnikms@yandex.ru;

Климшин Дмитрий Анатольевич, психотерапевт, преподаватель, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: dklimshin@gmail.com;

Коровицин Виталий Викторович – психотерапевт, преподаватель, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: kor14@list.ru

бинированной терапии, в том числе с нейрофармакологическими препаратами, с общей силой связи 10,6%; в 6-м кластере – лечение детей с нарушениями развития и поведения, отношение детей и родителей, осложнение беременности, проблемы воспитания детей, с общей силой связи 4,4%. Рассчитана структура использованных психотерапевтических техник, и представлено содержание ведущих научных соавторств по психотерапии.

Заключение. При большом массиве публикаций программа VOSviewer позволяет выявить основные направления научных исследований в изучаемой отрасли знаний и определить приоритеты будущих исследований в сфере психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая коррекция, клиническая психология, когнитивная терапия, маркер эффективности, науковедение, библиометрия, метаанализ, PubMed, VOSviewer.

Введение

В русскоязычной литературе широко принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. Будучи методом лечения, психотерапия традиционно входит в компетенцию медицины [4].

Психотерапия рассматривается как формирующаяся междисциплинарная область научного знания и практики, включающая различные психотерапевтические инструменты – методы, формы, подходы, виды и технические приемы. Активно формируются теоретические концепции, которые уточняют понятие прогресса в психотерапии, а также интегративные тенденции в самой психотерапии и более глубокое ее проникновение в медицину и здравоохранение. Важной тенденцией современной психотерапии является развитие так называемого лингвистического подхода, который реализуется через создание новой научной дисциплины – психотерапевтической лингвистики.

Психотерапия рассматривается в основных сферах ее реализации – академической, альтернативной и обыденной; выделяются модели психотерапии (применение в областях социальной практики) – медицинская, психологическая (педагогическая), социальная и философская.

В медицинской модели психотерапии выделяется клиническая психотерапия, как самостоятельная научная концепция, позволяющая сочетать психотерапевтические инструменты в рамках одного психотерапевтического случая, через индивидуальную программу психотерапии.

На сегодня описано порядка 800 психотерапевтических методов основных направлений психотерапии (психодинамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое) и психотерапевтических практик – «не основных направлений». Психотерапия реализуется в 5 основных формах (индивидуальная, семейно-супружеская, групповая, средовая и форма аффективной интервенции). Реализация психотерапевтических программ возможна в различных видах (условиях оказания психотерапевтической помощи), к которым можно отнести амбулаторную, стационарную, полустационарную – дневные и ночные стационары и внебольничную психотерапию [4]. Для развития психотерапии в регионах создаются региональные психотерапевтические службы, которые координируются главными специалистами комитетов здравоохранения и при хорошем развитии могут включать в себя сеть психотерапевтических кабинетов государственных и не государственных организаций медицины, стационарных клиник, региональных центров, профессиональных сообществ и учреждений последиplomного образования – кафедр, курсов и институтов.

В настоящее время распространенными являются две основные модели психотерапии: медицинская и психологическая. Соответственно, исследования по психотерапии и психологической коррекции в большей степени соотносятся с паспортами научных специальностей Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России 3.1.17 «Психиатрия и наркология» и 5.3.6 «Медицинская психология» Например, в 2010–2021 гг. в базе

данных Российской государственной библиотеки найдены 237 авторефератов диссертаций, в которых исследовались проблемы психотерапии и медицинской коррекции, в том числе по медицинским специальностям было 47,6 % работ, по психологическим – 44,5 %, по биологическим – 1,7 %, по педагогическим – 4,2 %, по прочим отраслям науки – 2 % [2].

В научном мире отмечается значительное увеличение количества публикаций, в том числе в интернет-журналах. В потоке научной, а подчас и псевдонаучной информации начинающему ученому бывает невозможно определить ориентиры будущих исследований. Помочь ему в этом призваны разрабатываемые методики искусственного интеллекта. Например, анализ терминов (ключевых слов) позволяет объединять публикации в группы (кластеры), близкие по содержанию. Для этих целей с 2009 г. использовали аналитическую программу VOSviewer, которая находится в свободном доступе и была создана сотрудниками Leiden University's Centre for Science and Technology Studies (г. Лейден, Нидерланды). В сети Интернет она представлена на английском языке [12].

Программа активно используется в наукометрии. Например, на поисковый запрос «VOSviewer» в реферативной базе данных PubMed найдено 1427 откликов на статьи с 2010 по 2022 г., в которых был представлен обзор программного обеспечения VOSviewer [11], библиометрический анализ 549 статей (1995–2014 гг.) по ароматерапии [8], анализ 736 статей (2004–2021 гг.) по использованию когнитивно-поведенческой терапии при бессоннице [14], по влиянию ландшафтного строительства и арт-терапии на укрепление здоровья и благополучия жителей [9], по медитации осознанности и контролю за вниманием [7], по профессиональному стрессу [15], библиометрический анализ 187 статей (1959–2021 гг.), в которых исследовались в которых исследовались особенности суицидального риска у студентов [10], сравнительный анализ приоритетных публикаций (1999, 2009, 2019) по психиатрии [13].

В доступной литературе авторами не найдены обобщенные наукометрические исследования по развитию психотерапии в мире.

Цель – анализ структуры научных исследований в зарубежных статьях по психотерапии за 10 лет, опубликованных с 2012 по 2021 г.

Материал и методы

В связи с невозможностью анализа статей для россиян в ведущих зарубежных справочно-библиографических базах данных Web of Science и Scopus объект исследования составили зарубежные публикации, проиндексированные в PubMed [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>], построенной на основе реферативной базы данных статей MEDLINE Национальной медицинской библиотеки США (National Library of Medicine, NLM) – самой представительной медицинской библиотеки в мире. Формирует базу данных подразделения библиотеки – Национальный центр биотехнологической информации (National Center for Biotechnology Information, NCBI).

Публикации в MEDLINE/PubMed соотносятся с медицинскими предметными рубриками (Medical Subject Headings, MeSH). Версия 2009 г. содержит около 25,2 тыс. предметных рубрик (дескрипторов), расположенных в виде иерархического дерева. Положение дескриптора в иерархическом дереве может изменяться по мере обновления MeSH. Каждый дескриптор также содержит неизменяемый уникальный буквенно-цифровой идентификатор. Например, слову психотерапия (Psychotherapy) присвоен идентификатор F04.754, анималотерапии (Animal Assisted Therapy) – F04.754.017, терапии с помощью лошадей (Equine-Assisted Therapy) – F04.754.017.500 и т.д. (рис. 1). Указанный иерархический ряд будет использован для расчета структуры методик психотерапии.

Перевод терминов MeSH на русский язык и их соподчинение представлены на сайте Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова [<https://rucml.ru/pages/mesh>].

All MeSH CategoriesPsychiatry and Psychology CategoryBehavioral Disciplines and Activities**Psychotherapy**Animal Assisted TherapyEquine-Assisted TherapyAromatherapyArt TherapyBehavior TherapyAnger Management TherapyApplied Behavior AnalysisAversive TherapyBiofeedback, PsychologyCognitive Behavioral TherapyCognitive RemediationDesensitization, PsychologicDialectical Behavior TherapyRelaxation TherapySleep Phase ChronotherapyBibliotherapyColor TherapyCrisis InterventionDance Therapy

< ... >

Рис. 1. Иерархическое дерево понятия «психотерапия» в MeSH.

Отличительные особенности индексации статей в MEDLINE и документов в PubMed описаны в статье Ю.И. Филиппова [6]. В настоящее время в MEDLINE представлено более 26 млн откликов на статьи с 1946 г. из 5264 биомедицинских журналов, в том числе

54, публикуемых на русском языке или хотя бы частично имеющих отношение к России. На 23 мая 2023 г. в PubMed насчитывалось более 35 млн записей [<https://translated.turbopages.org/>], в том числе относящихся к статьям, которые еще не прошли индексирование в MEDLINE и не были соотнесены с ключевыми словами тезауруса MeSH и пр.

В отечественной статье И.Ю. Торшина и соавт. представлен анализ более 19,9 млн публикаций, зарегистрированных в PubMed за последние 50 лет (1970–2019) [5]. Оказалось, что в 18,5% статей преобладают манипулятивные технологии. Разработанная техника искусственного интеллекта позволяла проводить оценку качества биомедицинских исследований, отфильтровывая потенциально неадекватные публикации, публикуемые под маской «доказательных».

Поисковый режим в PubMed включал: поисковое слово – psychotherapy, период исследования – 2012–2021 гг. Считается, что в PubMed при начальной формулировке поиска автоматически добавляются названия полей с соподчиненными терминами MeSH. Найдено 89,8 тыс. откликов на документы. На рис. 2 показана динамика откликов на публикации по психотерапии.

При помощи опции «Save» во всплывающем окне выбирали режим «All results»,

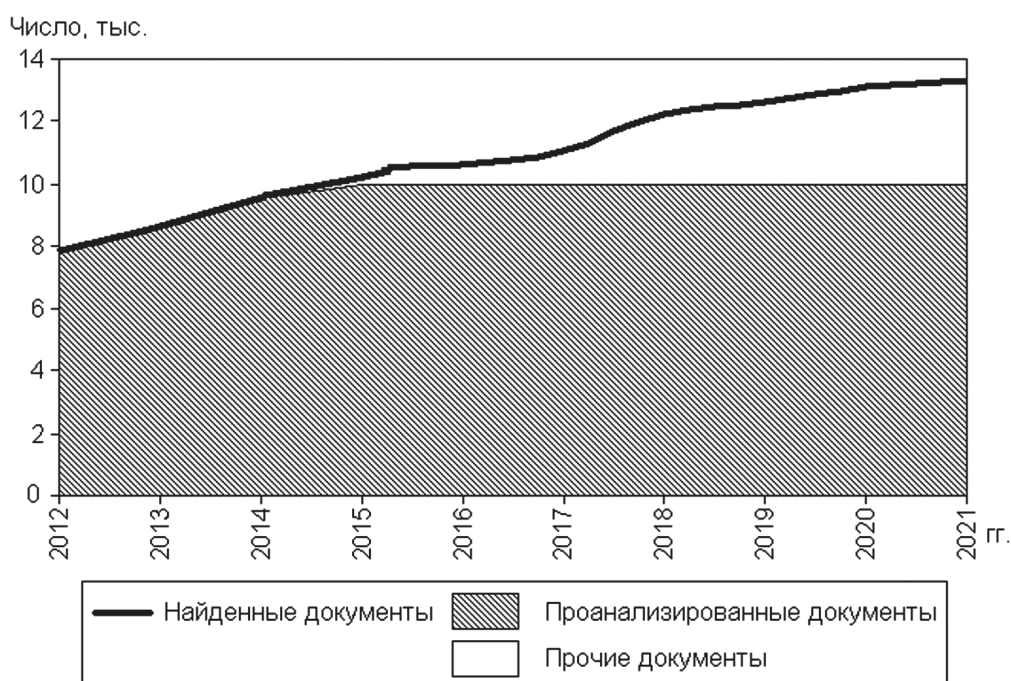


Рис. 2. Найденные и проанализированные документы по психотерапии.

позволяющий выгрузить до 10 тыс. публикаций, и формат «PubMed». Поочередно создавали годовые массивы публикаций в формате «.txt» для программы VOSviewer в специально созданной папке. В связи с тем, что годовые массивы содержали более 10 тыс. откликов на публикации, была предпринята попытка деления их на полугодия. Однако в сумме документов оказывалось больше, чем реально было в конкретном году. Возможно, это происходило за счет дублирования электронных версий публикаций, которые помещались в PubMed ранее, чем бумажные, о чем также указывалось в публикации [6]. При большом годовом массиве решено использовать для анализа по 10 тыс. публикаций. Предположили, что такое сужение поиска при большом потоке документов существенно не повлияет на результат исследований. Доля изученных статей была 88,6 % от общего массива найденных публикаций (см. рис. 2). Созданные ежегодные массивы в формате для VOSviewer, которые размещали в листе ожидания, объединили.

Анализ значительного числа публикаций создает большой массив ключевых слов. При использовании программы рекомендуется ограничивать их количество до 1000 и более, что достигается увеличением числа повторов в изданиях. В нашем исследовании использовали 250 повторов ключевых слов и 40 статей авторов. Поиск позволил использовать для анализа 532 термина и 387 авторов, которые опубликовали лично или в соавторстве 40 статей и более.

Силу связей терминов в программе VOSviewer представляли показатели связи (Links) и общей силы связи (Total Link Strength). Например, при соавторстве атрибут Links указывал на число случаев соавторства данного исследователя с другими авторами, Total Link Strength – на общую силу связей, определяемую подсчетом, в котором учитываются не только общее количество документов, написанных в соавторстве, но и общее число авторов в каждом из документов, созданных в соавторстве.

Исходя из числа общей силы связи, рассчитывали вклад влияния кластеров и групп

научных соавторств в массив публикаций по психотерапии. На основе ключевых слов или соавторства программа VOSviewer позволяла наглядно показать взаимные связи изучаемых терминов и создавать кластеры публикаций. Диаметр маркера изучаемого термина (ключевого слова или автора) зависит от количества статей, а толщина линий между маркерами – от силы связей, т.е. числа встречаемости их вместе в публикациях. При наведении курсора на эти графические изображения во всплывающем окне появлялись цифровые показатели.

Результаты их анализ

Как уже было указано ранее, понятие «психотерапия» в MeSH имеет ряд соподчиненных определений. В табл. 1 показан вклад отдельных методических приемов психотерапии в массиве статей с 2012 по 2021 г. Нередко в изучаемой публикации были представлены результаты нескольких методик, отклики на них суммировали и высчитывали процент конкретного методического приема. Как и следовало ожидать, наиболее распространенными являются техники когнитивной терапии (41,2 %), в том числе когнитивно-поведенческой терапии (30,3 %), что в какой-то степени указывало на валидность нашего исследования.

В структуре около 56,5 тыс. зарубежных диссертаций по психотерапии, проиндексированных в базе данных диссертаций и дипломных работ ProQuest Dissertations & Theses Database (далее ProQuest) в 1983–2012 гг., как оказалось, наибольшее количество работ было посвящено изучению эффективности применения психотерапевтических техник поведенческой (6,3 %), когнитивной (6,6 %), краткосрочной (6,0 %), групповой (18,4 %) и семейной (6,1 %) терапии [2]. Вероятно, отличия от проведенных нами показателей возникли вследствие выбора другого периода времени и несколько иной методики подсчета результатов. Планируется провести целенаправленный сравнительный анализ структуры научных статей и диссертационных работ.

**Структура методических приемов психотерапии, представленных в публикациях
в PubMed в 2012–2021 гг.**

Psychotherapy	Психотерапия	%
Animal Assisted Therapy	Анималотерапия, в том числе:	0,54
Equine-Assisted Therapy	терапия с помощью лошадей	0,25
Aromatherapy	Ароматерапия	0,46
Art Therapy	Арт-терапия	0,99
Behavior Therapy	Поведенческая терапия, в том числе:	41,21
Anger Management Therapy	терапия управления гневом	0,14
Aversive Therapy	аверсивная терапия	0,16
Biofeedback, Psychology	биологическая обратная связь	5,65
Cognitive Behavioral Therapy	когнитивно-поведенческая терапия	30,28
Cognitive Remediation	когнитивная коррекция	0,91
Desensitization, Psychologic	десенсибилизация, психологическая	0,45
Relaxation Therapy	релаксационная терапия	3,60
Bibliotherapy	Библиотерапия	0,16
Color Therapy	Цветотерапия	0,13
Crisis Intervention	Кризисное вмешательство	1,08
Dance Therapy	Танцевальная терапия	0,30
Emotion-Focused Therapy	Эмоционально-фокусированная терапия	0,36
Feedback Sensory	Обратная связь, сенсорная	3,12
Gestalt Therapy	Гештальт-терапия	0,12
Horticultural Therapy	Садоводческая терапия	0,08
Hypnosis	Гипноз, в том числе:	1,52
Autogenic Training	аутогенная тренировка	0,16
Imagery, Psychotherapy	Психотерапия образами	1,20
Interpersonal Psychotherapy	Межличностная психотерапия	2,45
Logotherapy	Логотерапия	0,03
Mentalization-Based Therapy	Терапия, основанная на ментализации	0,17
Music Therapy	Музыкальная терапия	1,91
Narrative Therapy	Нарративная терапия	1,24
Person-Centered Psychotherapy	Личностно-центрированная психотерапия	0,17
Play Therapy	Игровая терапия	1,54
Psychoanalytic Therapy	Психоаналитическая терапия	1,33
Psychosocial Intervention	Психосоциальное вмешательство	2,71
Psychotherapy Brief	Краткосрочная психотерапия	2,63
Psychotherapy Multiple	Множественная психотерапия	3,02
Psychotherapy Psychodynamic	Психодинамическая психотерапия	1,29
Psychotherapy Rational-Emotive	Рационально-эмоциональная психотерапия	0,04
Reality Therapy	Терапия реальностью	1,23
Schema Therapy	Схема-терапия	0,21
Socioenvironmental Therapy	Социально-экологическая терапия, в том числе:	16,70
Milieu Therapy	психотерапия средой	0,22
Psychotherapy Group	групповая психотерапия	15,52
Residential Treatment	психотерапия по месту жительства	0,97
Therapeutic Alliance	Терапевтический альянс	1,29
Family psychotherapy	Семейная психотерапия	10,77

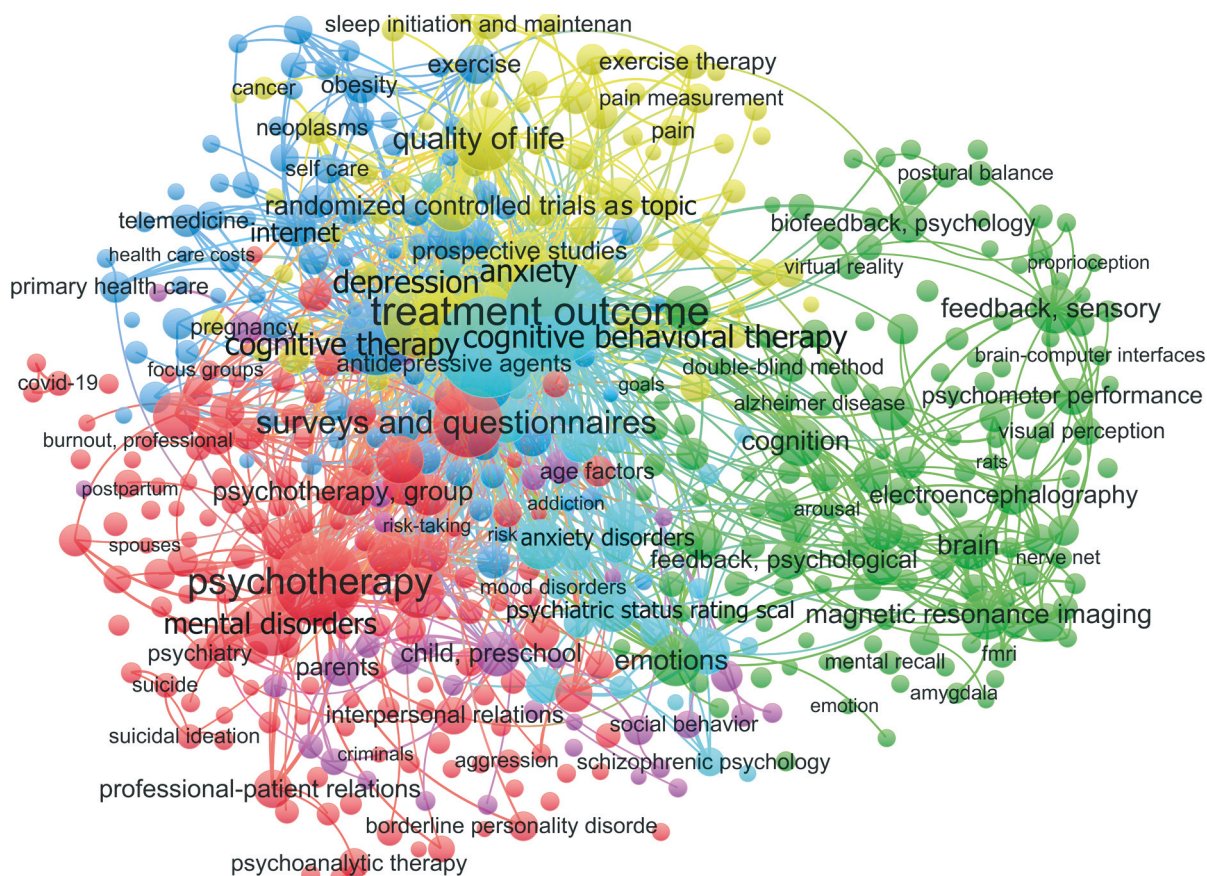


Рис. 3. Общие плеяды ключевых слов массива статей по психотерапии в 2012–2021 гг.

Анализ ключевых слов. Созданный массив из 532 ключевых слов сгруппировался в 6 кластеров. На рис. 3 показаны соотношения ключевых слов в кластерах: ключевые слова 1-го кластера выделены красным цветом, 2-го – зеленым, 3-го – желтым, 4-го – синим, 5-го – бирюзовым, 6-го кластера – фиолетовым. В табл. 2 представлены показатели общей силы связи у ведущих ключевых слов в конкретных кластерах и их вклад в общий созданный массив.

1-й кластер объединил 161 ключевой термин с общей силой связи 26,7%. Слова 1-го кластера встречались в 22,8% статей общего массива. В сгруппированных статьях 1-го кластера авторы изучали влияние психотерапии (конкретных методических приемов) на психологическую адаптацию пациентов, в том числе с психическими расстройствами, методические приемы организации психотерапевтического вмешательства, взаимоотношения психотерапевтов и пациентов, отно-

шение пациентов к состоянию здоровья и др. (см. табл. 2). На рис. 4 показаны основные плеяды ключевых слов в 1-м кластере.

Во 2-м кластере сгруппировались 147 терминов с общей силой связи 21,4%. Слова 2-го кластера встречались в 22,1% статей общего массива. В сгруппированных статьях 2-го кластера авторы значительное внимание уделяли биологическим и нейропсихологическим маркерам психологического воздействия на человека (см. табл. 2). На рис. 5 показаны основные плеяды ключевых слов во 2-м кластере.

В 3-й кластер вошли статьи с 72 ключевыми словами с общей силой связи 17,1%. Слова 3-го кластера встречались в 17% статей общего массива. В сгруппированных статьях 3-го кластера авторы исследовали применение психологического воздействия (медитация, музыкальная терапия, арт-терапия, анималотерапия, йога и др.) с позиций доказательной медицины, лечение пациен-

Таблица 2

Ключевые слова, представляющие наибольший вклад общей силы связи в кластерах

Ранг	Ключевое слово	Показатель в кластере	
		количество статей, %	общая сила связи, %
1-й кластер			
1-й	Psychotherapy / психотерапия	8,2	6,7
2-й	Surveys and questionnaires / опросы и анкеты	5,0	5,5
3-й	Mental disorders / психические расстройства	3,4	3,0
4-й	Adaptation, psychological / адаптация, психологическая	2,1	2,5
5-й	Stress disorders, post-traumatic / стрессовые расстройства, посттравматические	2,5	2,4
6-й	Psychotherapy, group / психотерапия, группа	2,1	2,2
7-й	Mental health / душевное здоровье	2,1	2,1
8-й	Depressive disorder / депрессивное расстройство	1,8	2,0
9-й	Risk factors / факторы риска	1,7	1,9
10-й	Comorbidity / сопутствующие заболевания	1,5	1,8
	Всего в общем массиве статей	22,8	26,7
2-й кластер			
1-й	Emotions / эмоции	3,2	3,3
2-й	Time factors / факторы времени	2,5	3,1
3-й	Magnetic resonance imaging / магнитно-резонансная томография	2,9	3,1
4-й	Cognition / познание	2,8	3,0
5-й	Brain / мозг	3,0	2,9
6-й	Neuropsychological tests / нейропсихологические тесты	1,9	2,3
7-й	Attention / внимание	2,0	2,1
8-й	Feedback, sensory / обратная связь, сенсорная	2,9	2,0
9-й	Brain mapping / картирование мозга	1,6	1,9
10-й	Electroencephalography / электроэнцефалография	1,9	1,8
	Всего в общем массиве статей	21,4	22,1
3-й кластер			
1-й	Depression / депрессия	10,4	10,7
2-й	Anxiety / беспокойство	7,4	7,7
3-й	Quality of life / качество жизни	6,7	7,2
4-й	Stress, psychological / стресс, психологический	5,0	5,3
5-й	Mindfulness / внимательность	6,0	5,3
6-й	Pilot projects / пилотные проекты	4,6	5,1
7-й	Aged, 80 and over / в возрасте 80 лет и старше	4,0	4,2
8-й	Randomized controlled trials as topic / рандомизированные контролируемые испытания	3,7	3,5
9-й	Prospective studies / проспективные исследования	2,3	2,4
10-й	Meditation / медитация	2,7	2,3
	Всего в общем массиве статей	17,0	17,1
4-й кластер			
1-й	Behavior therapy / поведенческая терапия	10,6	8,5
2-й	Follow-up studies / последующие исследования	5,2	5,7
3-й	Feasibility studies / технико-экономические обоснования	3,0	3,3

Окончание табл. 2

Ранг	Ключевое слово	Показатель в кластере	
		количество статей, %	общая сила связи, %
4-й	Internet / Интернет	3,2	3,3
5-й	Exercise / упражнение	2,8	2,8
6-й	Motivation / мотивация	2,8	2,7
7-й	Obesity / ожирение	2,3	2,4
8-й	Research design / дизайн исследования	2,1	2,4
9-й	Patient education as topic / обучение пациентов как тема	2,1	2,3
10-й	Telemedicine / телемедицина	1,9	1,9
	Всего в общем массиве статей	13,7	14,9
5-й кластер			
1-й	Treatment outcome / результат лечения	23,5	31,4
2-й	Cognitive behavioral therapy / когнитивно-поведенческая терапия	23,8	29,6
3-й	Psychiatric status rating scales / шкалы оценки психического статуса	4,8	7,5
4-й	Anxiety disorders / тревожные расстройства	5,1	6,7
5-й	Combined modality therapy / комбинированная терапия	3,8	5,6
6-й	Outcome assessment, health care / оценка результатов здравоохранения	3,7	4,8
7-й	Schizophrenia / шизофрения	4,1	4,7
8-й	Depressive disorder, major / основное депрессивное расстройство	3,6	4,5
9-й	Severity of illness index / индекс тяжести болезни	2,9	4,4
10-й	Self report / самоотчет	2,6	3,7
	Всего в общем массиве статей	13,7	10,6
6-й кластер			
1-й	Child, preschool / ребенок, дошкольник	11,9	11,5
2-й	Parents / родители	8,4	8,6
3-й	Longitudinal studies / лонгитюдные исследования	6,5	7,1
4-й	Pregnancy / беременность	6,0	5,7
5-й	Attention deficit disorder with hyperactivity / синдром дефицита внимания с гиперактивностью	5,7	5,1
6-й	Infant / младенец	4,4	4,7
7-й	Social behavior / социальное поведение	4,2	4,5
8-й	Parenting / воспитание	3,9	4,2
9-й	Autism spectrum disorder / расстройство аутистического спектра	4,7	3,8
10-й	Parent-child relations / отношения родителей и детей	3,2	3,5
	Всего в общем массиве статей	4,4	4,5

тов с хронической болью, тревожностью и депрессивными расстройствами, в том числе пациентов в возрасте 80 лет и более, и формирование здорового образа жизни (см. табл. 2). На рис. 6 показаны основные плеяды ключевых слов в 3-м кластере.

В 4-й кластер вошли статьи с 84 ключевыми словами с общей силой связи 14,9%. Слова 4-го кластера встречались в 13,7%

статей общего массива. В сгруппированных статьях 4-го кластера авторы исследовали применение когнитивной терапии при зависимостях (нарушение пищевого поведения, алкоголизм, табакокурение, гемблинг), в том числе в удаленном режиме в сети Интернет, формирование у пациентов здорового образа жизни и технико-экономическое обоснование лечения (см. табл. 2). На рис. 7

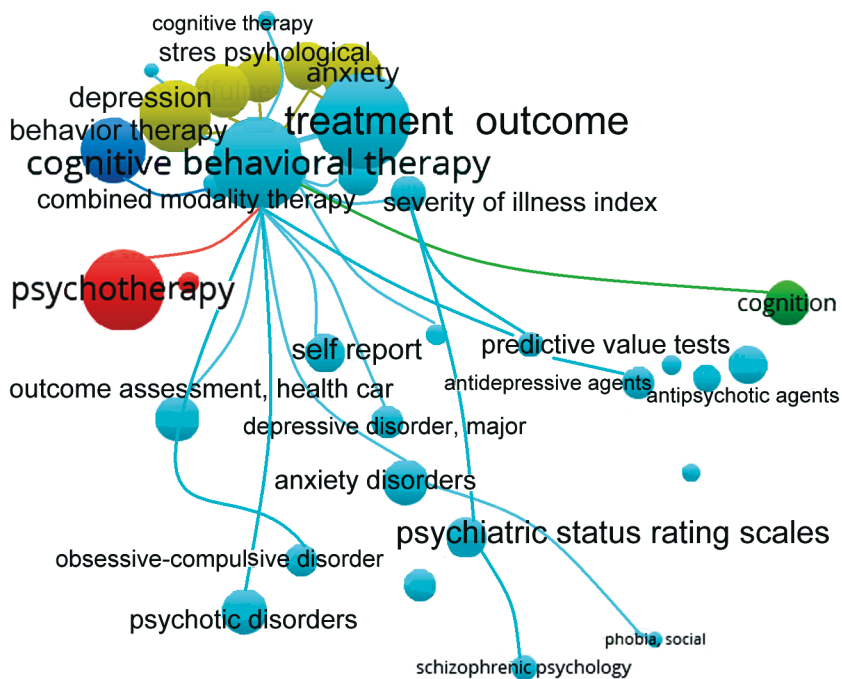


Рис. 8. Основные плеяды ключевых слов в массиве статей 5-го кластера (бирюзовый цвет).

мы статистики и самоотчеты пациентов (см. табл. 2). На рис. 8 показаны основные плеяды ключевых слов в 5-м кластере.

В 6-й кластер вошли статьи с 33 ключевыми словами с общей силой связи 4,4%. Слова 6-го кластера встречались в 4,5% статей общего массива. В статьях 6-го кластера авторы представили результаты лечения

детей с нарушениями развития и поведения, например при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, аутизмом, исследования отношения детей и родителей, осложнений беременности, проблем воспитания детей и др. (см. табл. 2). На рис. 9 показаны основные плеяды ключевых слов в 6-м кластере.

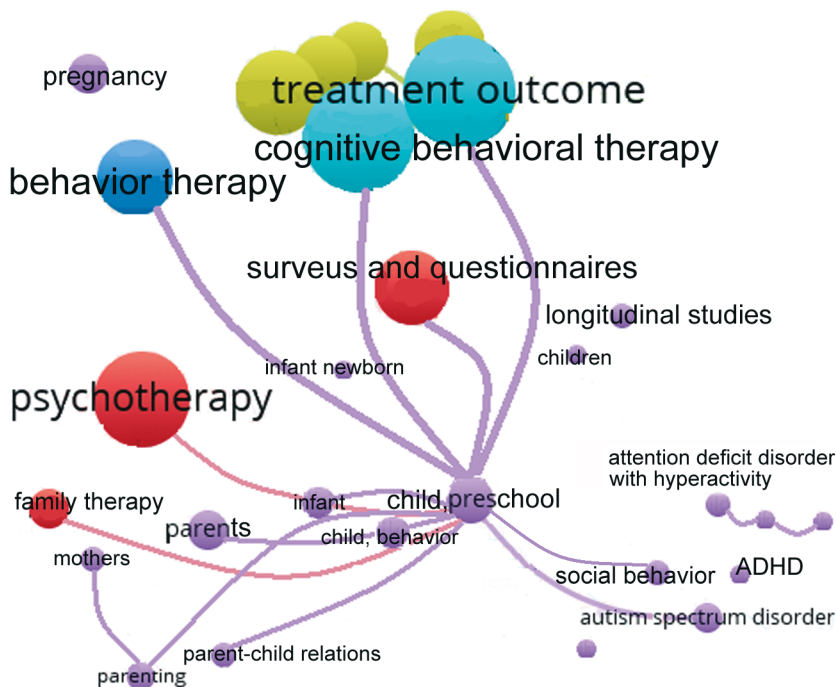


Рис. 9. Основные плеяды ключевых слов в массиве статей 6-го кластера (фиолетовый цвет).

Анализ авторов. Обычно ученый в течение 1 года подготавливает и издает 1–2 экспериментальные статьи. Предположили, что в течение года авторы-гуманитарии могут подготовить по 4 статьи, в течение 10 лет – 40 статей. 387 авторов, которые лично или в соавторстве опубликовали 40 статей и более, в программе VOSviewer были объединены в 14 ведущих кластеров научных соавторств. На рис. 10 показаны кластеры соавторств публикаций: 1-й кластер выделен желтым цветом, 2-й – зеленым, 3-й – розовым, 4-й – оранжевым, 5-й – синим, 6-й – красным, 7-й – фиолетовым, 8-й – голубым, 9-й – пурпурным, 10-й – бирюзовым, 11-й – салатным, 12-й – светло-синим, 13-й – светло-фиолетовым, 14-й – коричневым.

В таблицах указаны авторы с наибольшим количеством статей и ключевыми словами публикаций, которые чаще всего встречались в публикациях и которые нередко сводились к обобщенным терминам. Соав-

торские кластеры перечислены по величине вклада общей силы связей ключевых слов в общем массиве статей по психотерапии.

1-й кластер соавторства статей сгруппировал 34 автора с 2034 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 12,6%.

Доля статей у ведущих авторов этого кластера составила 26,3%, с общей силой связи 31,6%. Ведущие авторы соотносили свою работу с университетами Германии (табл. 3). Метаобзоры составили 2,3%, с общей силой связи 3,6%. Содержание статей было посвящено лечению шизофрении, депрессии, биполярного расстройства, психофармакологии, когнитивной терапии, электротерапии (например, транскраниальной магнитной стимуляции), нейровизуализации. Общая сила связи статей – 68,5%. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 1-го кластера соавторства показаны на рис. 11.

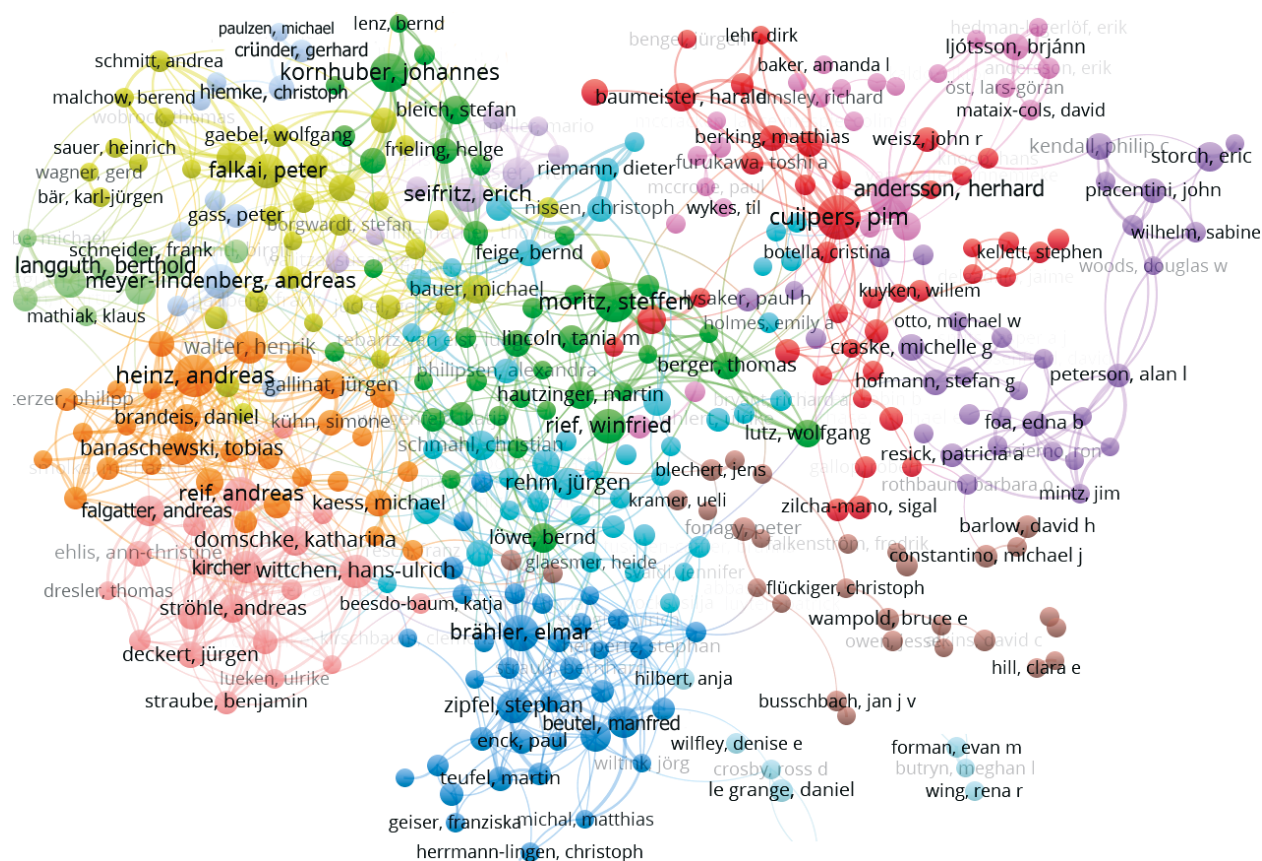


Рис. 10. Кластеры соавторов публикаций в массиве статей по психотерапии.

Таблица 3

Ведущие авторы и показатели публикаций 1-го кластера соавторств статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Falkai Peter (Ludwig-Maximilian University, Munich, Germany)	152	9,3
Hasan Alkomiet (Ludwig-Maximilian University, Munich, Germany)	107	6,8
Bauer Michael (Dresden University of Technology, Germany)	105	4,4
Maier Wolfgang (University of Bonn, Germany)	87	6,8
Möller Hans-Jürgen (Ludwig-Maximilian University, Munich, Germany)	83	4,3
Сумма	534 (26,3 %)	31,6

Показатель	Общая сила связи, %
Шизофрения	21,6
Депрессия	12,8
Биполярное расстройство	10,4
Психофармакология	8,1
Когнитивная терапия	6,0
Электротерапия	4,9
Нейровизуализация	4,7
Сумма	68,5 %

Б



Рис. 11. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 1-го кластера соавторств.

2-й кластер соавторства статей сгруппировал 38 авторов с 2699 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 12,4 %.

Как правило, ведущие авторы этого кластера аффилировали себя с университетами Германии, количество статей – 28,8 % от документов в кластере, их общая сила

связи – 23,7 % (табл. 4). Статьи 2-го кластера содержали исследования биомаркеров психических расстройств, методы лечения некоторых психических и соматоформных расстройств, снижения тревоги и методики психотерапии. Общая сила связи статей – 95,8 %. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в ста-

Таблица 4

Ведущие авторы и показатели публикаций 2-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Moritz Steffen (University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany)	218	8,0
Kornhuber Johannes (Friedrich-Alexander University Erlangen-Nuremberg, Erlangen, Germany)	198	5,7
Rief Winfried (Philipps-University of Marburg, Germany)	152	1,5
Löwe Bernd (University Medical Centre Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany)	109	4,2
Bleich Stefan (Hannover Medical School, Germany)	101	4,3
Сумма	778 (28,8 %)	23,7

Показатель	Общая сила связи, %
Депрессия	11,9
Тревожные расстройства	5,1
Шизофрения	14,4
Психозы	10,6
Болезнь Альцгеймера	9,1
Соматоформные расстройства	4,0
Биомаркеры психических расстройств	27,2
Методики психотерапии	13,5
Сумма	95,8

Б



Рис. 12. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 2-го кластера соавторства.

тнях 2-го кластера соавторства показаны на рис. 12.

3-й кластер соавторства статей сгруппировал 21 автора с 1660 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 11,4%.

Как правило, ведущие авторы аффилировали себя с университетами Германии, доля статей составила 40,1% от всех изданий в 3-м кластере, общая сила связи – 38,6% (табл. 5).

Содержание статей раскрывало способы лечения некоторых психических расстройств, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, уменьшения тревожности, в том числе панических атак. Высока

была доля статей с нейровизуализацией, по эпидемиологии и диагностике психических болезней. Общая сила связей статей – 89,8%. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 3-го кластера соавторства показаны на рис. 13.

4-й кластер соавторства статей сгруппировал 31 автора с 2235 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 11,6%.

Ведущие авторы статей аффилировали себя с университетами Германии и Швейцарии. Доля статей составила 31,5% от структуры всех документов в 4-м кластере, общая сила связи – 35,2% (табл. 6). Статьи соавторов 4-го кластера в основном были посвяще-

Таблица 5

Ведущие авторы и показатели публикаций 3-го кластера соавторств статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Reif Andreas (Goethe-University of Frankfurt, Frankfurt/Main, Germany)	158	9,7
Wittchen Hans-Ulrich (Dresden University of Technology, Germany)	148	8,4
Kircher Tilo (Marburg University, Germany)	132	7,8
Fallgatter Andreas (University of Tübingen, Germany)	116	5,4
Domschke Katharina (University of Freiburg, Freiburg im Breisgau, Germany)	114	7,3
Сумма	668 (40,1%)	38,6

Показатель	Общая сила связи, %
Депрессия	23,2
Тревожные расстройства	12,6
Шизофрения	9,1
Биполярное расстройство	10,4
Синдром дефицита внимания и гиперактивности	7,4
Нейровизуализация	18,2
Эпидемиология	8,9
Сумма	89,8

Б

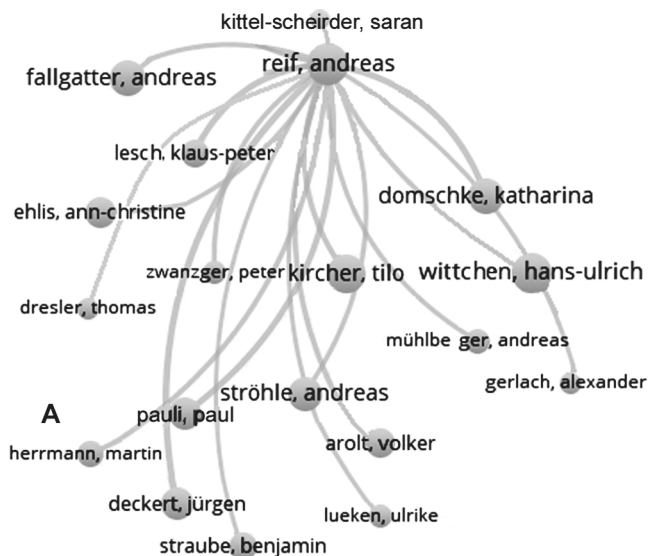


Рис. 13. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 3-го кластера соавторства.

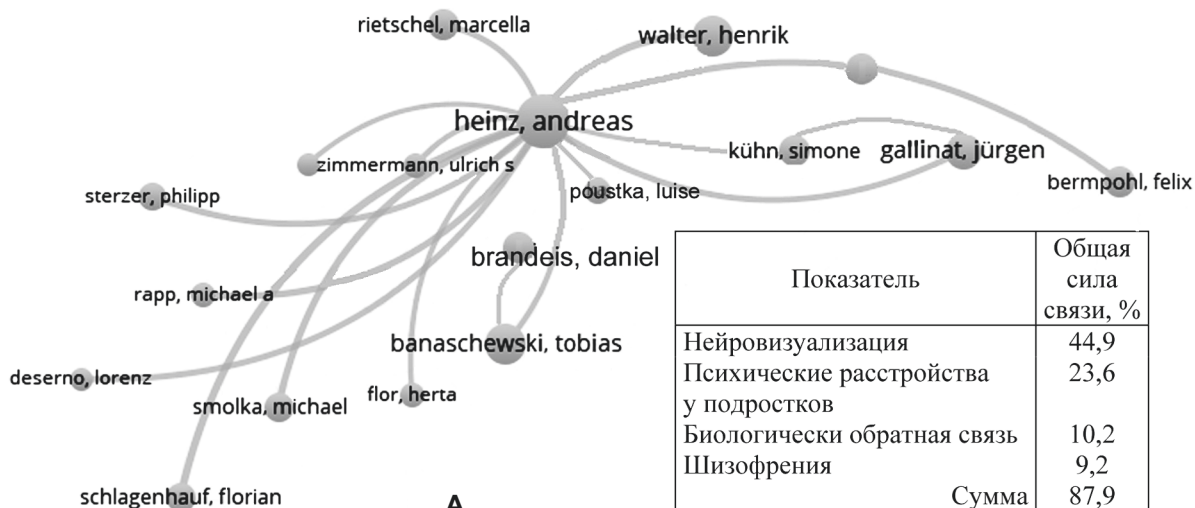
ны нейровизуализации, лечению пациентов с помощью биологически обратной связи, изучению синдрома дефицита внимания и гиперактивности в подростковом возраст-

те и шизофрении. Общая сила связи статей – 87,9 %. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 4-го кластера соавторства показаны на рис. 14.

Таблица 6

Ведущие авторы и показатели публикаций 4-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Heinz Andreas (Charité-University Medicine Berlin, Germany)	239	12,9
Banaschewski Tobias (University of Heidelberg, Mannheim, Germany)	135	7,8
Walter Henrik (Berlin Institute of Health, Berlin, Germany)	133	6,0
Gallinat Jürgen (University Clinic Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany)	103	4,4
Brandeis Daniel (University of Zurich, Switzerland и др.)	93	4,1
Сумма	703 (31,5 %)	35,2



А

Показатель	Общая сила связи, %
Нейровизуализация	44,9
Психические расстройства у подростков	23,6
Биологически обратная связь	10,2
Шизофрения	9,2
Сумма	87,9

Б

Рис. 14. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 4-го кластера соавторства.

5-й кластер соавторства статей сгруппировал 38 авторов с 2405 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 10,1 %.

Ведущие авторы статей 5-го кластера работали в университетах Германии, количество опубликованных статей – 26,9 %, общая сила связи – 30,8 % (табл. 7). Содержание статей этого кластера было посвящено уменьшению тревоги, лечению депрессии и расстройств пищевого поведения, соматоформным расстройствам при онкологии и COVID-19. Общая сила связи статей – 83,2 %. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 5-го кластера соавторства показаны на рис. 15.

6-й кластер соавторства статей сгруппировал 41 автора с 2518 статьями и с общей

силой связи во всем проанализированном массиве 8,5 %.

Доля статей и общая сила связи их содержания в этом кластере у ведущих 5 авторов представлены в табл. 8. У перечисленных авторов в 6-м кластере оказалось 25,1 % статей, с общей силой связи 31,5 %. Метаобзоры, рандомизированные контролируемые исследования, в том числе проводимые в сети Интернет, составили 26,2 %, с общей силой связи 29,5 %.

Значительное количество статей в этом кластере было посвящено исследованию когнитивно-поведенческой терапии и других методик психотерапии, снижению тревоги, лечению депрессивных расстройств и психопрофилактике. Общая сила связи статей составила 53,9 %. Основные плеяды авторов

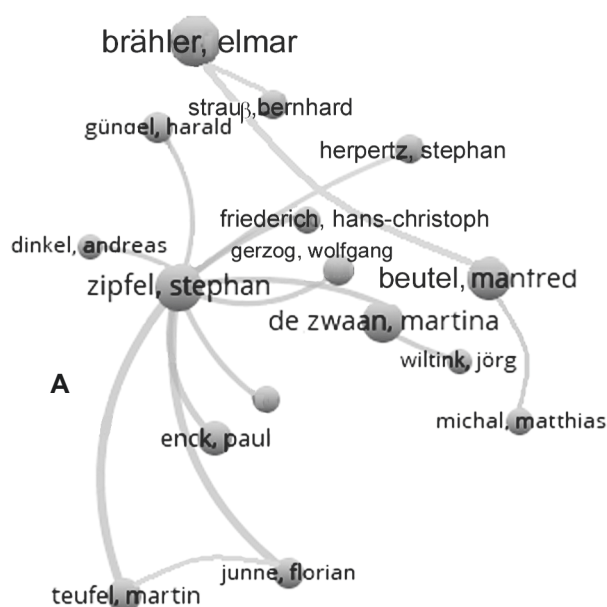
Таблица 7

Ведущие авторы и показатели публикаций 5-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Brähler Elmar (Leipzig University; Johannes Gutenberg University Mainz, Germany)	177	7,2
Zipfel Stephan (University of Tübingen, Germany)	148	8,1
Beutel Manfred (Johannes Gutenberg University Mainz, Germany)	127	5,2
De Zwaan Martina (Hannover Medical School, Germany)	117	6,0
Teufel Martin (University of Duisburg-Essen, Essen, Germany)	77	4,3
Сумма	646 (26,9%)	30,8

Показатель	Общая сила связи, %
Депрессия	21,5
Тревога	17,8
Расстройства пищевого поведения	22,7
Соматоформные расстройства в онкологии	13,3
Психические расстройства при COVID-19	7,9
Сумма	83,2

Б



А

Рис. 15. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 5-го кластера соавторства.

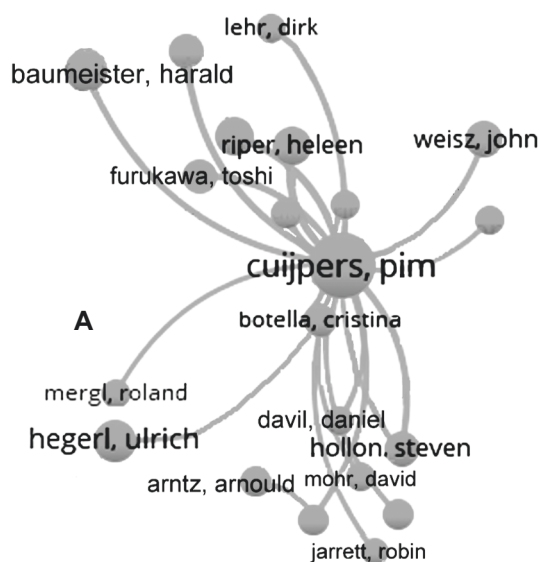
Таблица 8

Ведущие авторы и показатели публикаций 6-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Cuijpers Pim (Vrije Universiteit Amsterdam, Netherlands)	258	13,9
Baumeister Harald (University of Ulm, Germany)	105	4,4
Hegerl Ulrich (University of Leipzig, Germany)	102	5,0
Leucht Stefan (Technical University of Munich, Germany)	85	1,2
Berking Matthias (Leuphana University, Lueneburg; Philipps-University of Marburg, Germany)	83	7,0
Сумма	633 (25,1 %)	31,5

Показатель	Общая сила связи, %
Депрессия	27,7
Шизофрения	4,0
Тревожные расстройства	5,3
Когнитивно-поведенческая терапия	5,2
Другие методики психотерапии	15,1
Психопрофилактика	5,9
Сумма	53,9

Б



А

Рис. 16. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 6-го кластера соавторства.

и общая сила связи ключевых слов в статьях 6-го кластера соавторства показаны на рис. 16.

7-й кластер соавторства статей сгруппировал 33 автора с 1872 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 6,6%.

Ведущие авторы этого кластера аффилировали себя с университетами США, количество статей – 24,1%, с силой связи 18,5% (табл. 9). В статьях 7-го кластера описаны социальные аспекты выздоровления пациентов, приемы когнитивно-поведенческой терапии, лечения тревоги, депрессии,

Таблица 9

Ведущие авторы и показатели публикаций 7-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Storch Eric (Baylor College of Medicine, Houston, USA)	108	2,9
Craske Michelle (University of California, Los Angeles, USA)	91	1,7
Kendall Philip (Temple University, Philadelphia, USA)	87	3,9
Hofmann, Stefan (Boston University, USA)	83	5,0
Foa Edna (University of Pennsylvania, Philadelphia, USA)	82	5,0
Сумма	451 (24,1 %)	18,5

Показатель	Общая сила связи, %
Тревога и тревожность	22,8
Депрессия	12,8
Посттравматическое стрессовое расстройство	8,3
Обсессивно-компульсивное расстройство	8,8
Социальные аспекты выздоровления и реабилитации пациентов	12,8
Когнитивно-поведенческая терапия	26,3
Сумма	91,8 %

Б

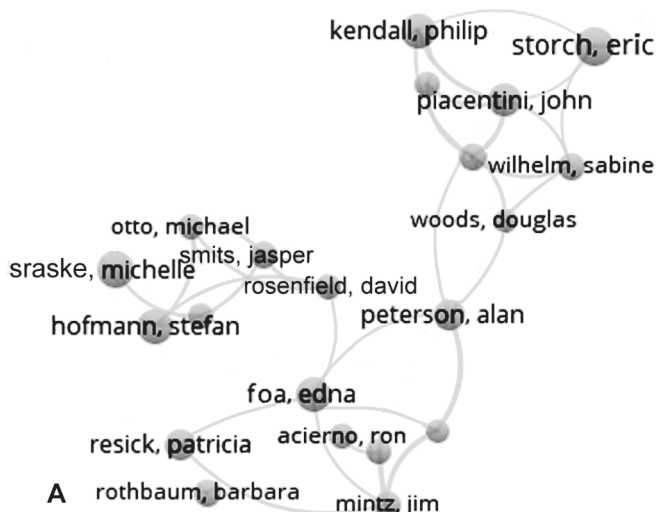


Рис. 17. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 7-го кластера соавторства.

обсессивно-компульсивного расстройства и посттравматического стрессового расстройства. Общая сила связи статей составила 91,8%. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 7-го кластера соавторства показаны на рис. 17.

8-й кластер соавторства статей сгруппировал 32 автора с 1872 статьями и с общей

силой связи во всем проанализированном массиве 5,6%.

У ведущих авторов отмечается интернациональное соавторство. Всего они издали 27,1% статей от структуры всех публикаций кластера, с общей силой связи 27,4% (табл. 10). Метаобзоров было 7,5%, с общей силой связи 11,4%.

Таблица 10

Ведущие авторы и показатели публикаций 8-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Rehm Jürgen (University of Toronto, Canada)	129	0,3
Schmahl Christian (Heidelberg University, Mannheim, Germany и др.)	110	8,9
Bohus Martin (Heidelberg University, Mannheim, Germany)	92	8,4
Fegert Jörg (University of Ulm, Germany)	91	4,0
Plener Paul (University of Ulm, Germany; Medical University Vienna, Austria)	85	5,8
Сумма	507 (27,1%)	27,4

Показатель	Общая сила связи, %
Аддиктивные расстройства	22,9
Эпидемиология психических болезней	31,6
Пограничное психическое расстройство личности	4,5
Психические расстройства при COVID-19	4,8
Сумма	63,8

Б

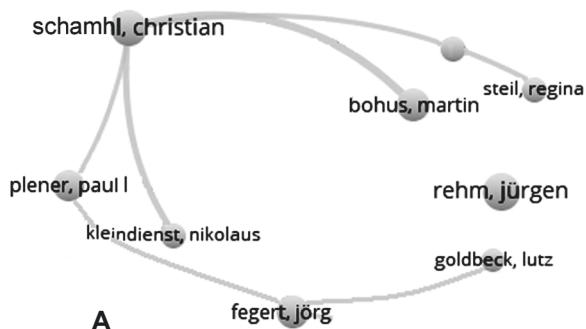


Рис. 18. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 8-го кластера соавторства.

В содержании статей 8-го кластера изучались вопросы эпидемиологии психических болезней, лечения пограничных психических расстройств личности, зависимостей от алкоголя и канабиса, психических расстройств при COVID-19, общая сила связи статей – 63,8%. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 8-го кластера соавторства показаны на рис. 18.

9-й кластер соавторства статей сгруппировал 25 авторов с 1456 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 4,0%.

Как правило, ведущие авторы работали в университетах Швеции и Великобритании, доля их статей составила 38,2% от всех публикаций в кластере, общая сила связи – 55,1% (табл. 11). Метаобзоров и статей по рандомизированным исследованиям было 7,7%, с общей силой связи 7,0%.

Авторы статей изучали эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии и других приемов психотерапии,

в том числе их использования в сети Интернет, анализировали лечение депрессии, тревоги и расстройств пищевого поведения. Общая сила связи статей – 80,2%. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 9-го кластера соавторства показаны на рис. 19.

10-й кластер соавторства статей сгруппировал 11 авторов с 750 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 3,7%.

Как правило, ведущие соавторы статей кластера имели аффилиацию с медицинскими подразделениями университетов Германии, опубликованные ими статьи составили 55,1% от общего числа статей кластера, с силой связи 52,2% (табл. 12).

Статьи у соавторов 10-го кластера были посвящены расстройствам пищевого поведения, нарушениям сна при пограничных расстройствах личности и депрессивным расстройствам. Общая сила связи статей – 63,9%. Основные плеяды авторов и общая

Таблица 11

Ведущие авторы и показатели публикаций 9-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Andersson, Gerhard (Linköping University; Karolinska Institute, Stockholm, Sweden)	240	22,3
Carlbring Per (Stockholm University, Sweden)	100	11,0
Ljótsson Brjánn (Karolinska Institute, Stockholm, Sweden)	91	10,8
Schmidt Ulrike (King's College London, United Kingdom)	68	4,0
Andersson Erik (Karolinska Institute, Stockholm, Sweden)	57	7,0
	556 (38,2%)	55,1

Показатель	Общая сила связи, %
Депрессия	14,9
Тревожные расстройства	8,7
Расстройства пищевого поведения	7,4
Интернет	14,9
Когнитивно-поведенческая терапия	21,7
Другие приемы психотерапии	12,6
Сумма	80,2

Б

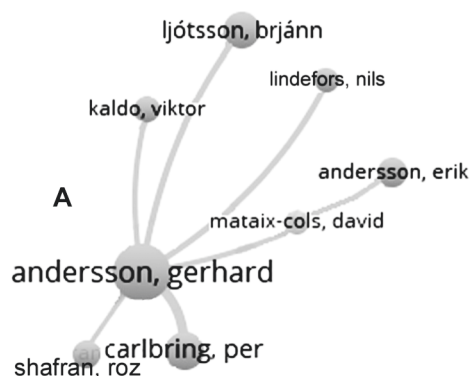


Рис. 19. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 9-го кластера соавторства.

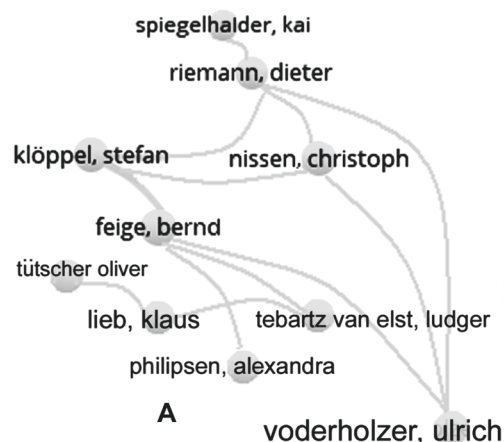
Таблица 12

Ведущие авторы и показатели публикаций 10-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Voderholzer Ulrich (Ludwigs-Maximilian University, Munich, Germany)	92	7,9
Feige Bernd (University of Freiburg, Freiburg im Breisgau, Germany)	85	17,1
Klöppel Stefan (University of Bern, Switzerland)	80	6,7
Nissen Christoph (University Psychiatric Services, Bern, Switzerland; University of Freiburg, Freiburg im Breisgau, Germany)	79	12,9
Lieb Klaus (Johannes Gutenberg University Mainz, Germany)	77	7,6
Сумма	413 (55,1)	52,2

Показатель	Общая сила связи, %
Расстройства пищевого поведения	53,1
Нарушения сна при пограничных расстройствах личности	10,4
Депрессивные расстройства	5,8
Сумма	69,3

Б



А

Рис. 20. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 10-го кластера соавторства.

сила связи ключевых слов в статьях 10-го кластера соавторства показаны на рис. 20.

11-й кластер соавторства статей сгруппировал 13 авторов с 881 статьей и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 3,3 %.

В основном ведущие авторы статей кластера работали в университетах Германии,

доля их статей составила 57,2 % от структуры изданий в кластере, общая сила связи – 60,7 % (табл. 13). Метаобзоров было 4,2 %, с общей силой связи 6 %.

В содержании статей 11-го кластера представлены вопросы нейровизуализации психических расстройств, транскраниальной магнитной стимуляции, психической

Таблица 13

Ведущие авторы и показатели публикаций 11-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Langguth Berthold (University of Regensburg, Germany)	125	18,5
Habel Ute (Rhine-Westphalia Technical University of Aachen, Germany)	115	11,0
Schecklmann Martin (University of Regensburg; Rhine-Westphalia Technical University of Aachen, Germany)	78	13,2
Eickhoff Simon (Heinrich Heine University Düsseldorf, Germany)	76	5,5
Schneider Frank (Rhine-Westphalia Technical University of Aachen, Germany)	70	12,6
Сумма	464 (52,7 %)	60,7

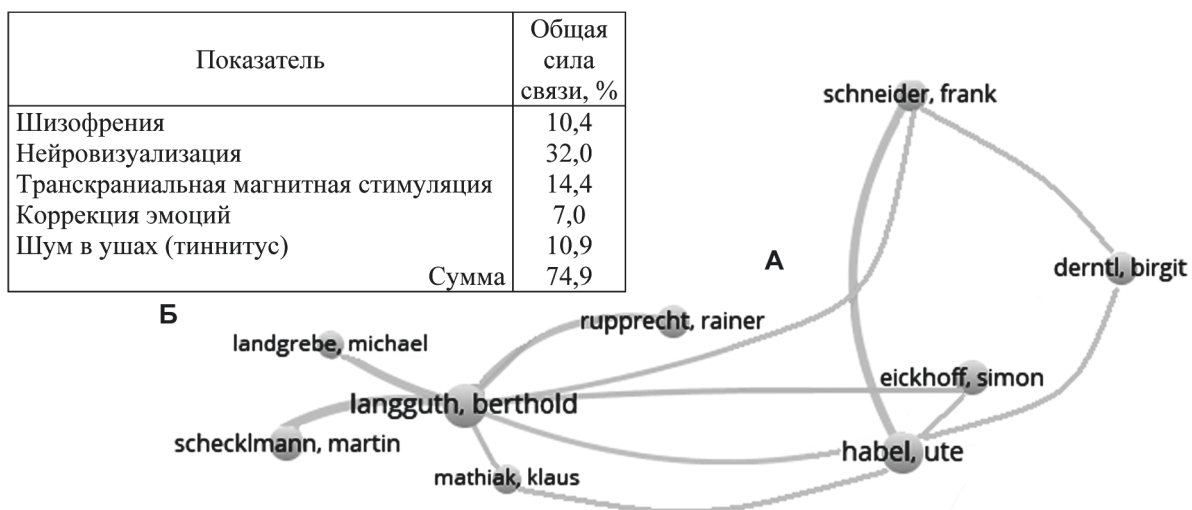


Рис. 21. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 11-го кластера соавторства.

коррекции эмоций, лечения шизофрении и шума в ушах. Общая сила связей этих статей в кластере – 74,9 %. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 11-го кластера соавторства показаны на рис. 21.

12-й кластер соавторства статей сгруппировал 11 авторов с 700 статьями и с общей

силой связи во всем проанализированном массиве 2,74 %.

Ведущие авторы этого кластера имели аффилиацию с медицинскими подразделениями университетов Германии, опубликованные ими статьи составили 59,1 % от общего числа изданий кластера, с силой связи 66,2 % (табл. 14).

Таблица 14

Ведущие авторы и показатели публикаций 12-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Meyer-Lindenberg Andreas (Heidelberg University, Mannheim, Germany)	150	30,1
Hiemke Christoph (University Medical Center Mainz, Germany)	82	11,5
Gass Peter (Heidelberg University, Mannheim, Germany)	66	2,3
Gründer Gerhard (Rhine-Westphalia Technical University of Aachen, Germany)	62	9,3
Tost Heike (Heidelberg University, Mannheim, Germany)	54	13,0
Сумма	414 (59,1 %)	66,2

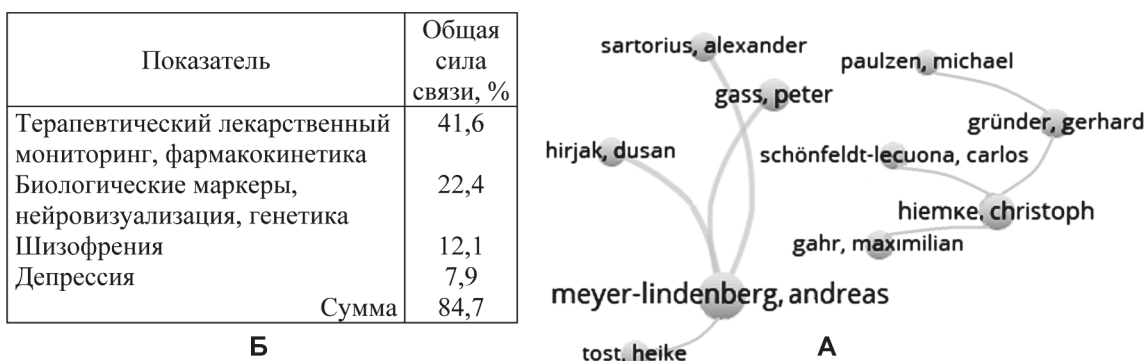


Рис. 22. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 12-го кластера соавторства.

Значимое число статей соавторов 12-го кластера содержали терапевтический мониторинг лекарственных средств, биологические маркеры шизофрении, депрессии и некоторых других психических расстройств. Общая сила связи статей – 84,7 %.

Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 12-го кластера соавторства показаны на рис. 22.

13-й кластер соавторства статей сгруппировал 8 авторов с 616 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 2,2 %.

Ведущие авторы 13-го кластера работали на кафедре психиатрии, психотерапии и психосоматики Цюрихского университета (Швейцария). Ими были изданы 77,1 % статей от общих документов кластера, с общей силой связи 68,1 % (табл. 15). Метаобзоров оказалось 3,1 %, общая сила связи – 1,2 %.

В статьях описано лечение зависимостей, депрессии и шизофрении, в том числе при

помощи когнитивной коррекции, представлена эпидемиология и диагностика психических болезней, их нейровизуализация, кинетика медиаторов, например серотонина и дофамина. Общая сила связи указанных статей составила 82 %. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 13-го кластера соавторства показаны на рис. 23.

14-й кластер соавторства статей сгруппировал 29 авторов с 1428 статьями и с общей силой связи во всем проанализированном массиве 2,0 %.

В основном соавторы этого кластера работали в университетах США и Великобритании. Доля статей ведущих авторов составила 21,9 %, общая сила связи – 15,6 %. Метаобзоров и статей по рандомизированным исследованиям было 17,4 %, с общей силой связи 17,3 %. (табл. 16).

Содержание статей в этом кластере было посвящено лечению тревожным расстрой-

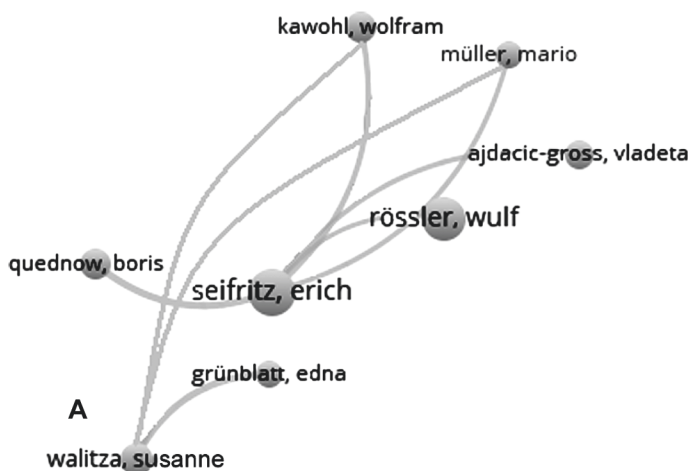
Таблица 15

Ведущие авторы и показатели публикаций 13-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Seifritz Erich (University of Zurich, Switzerland)	154	13,0
Rössler Wulf (University of Zurich, Switzerland)	131	22,9
Walitza Susanne (University of Zurich, Switzerland)	71	13,2
Kawohl Wolfram (University of Zurich, Switzerland)	63	10,2
Quednow Boris (University of Zurich, Switzerland)	56	8,8
Сумма	475 (77,1)	68,1

Показатель	Общая сила связи, %
Аддитивные расстройства	8,5
Депрессия	12,6
Шизофрения	8,9
Эпидемиология, диагностика психических болезней	20,7
Нейровизуализация	17,5
Кинетика медиаторов	8,5
Когнитивная коррекция	5,3
Сумма	82,0

Б



А

Рис. 23. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 13-го кластера соавторства

Ведущие авторы и показатели публикаций 14-го кластера соавторства статей по психотерапии

Автор (организация, город, страна)	Количество документов	Общая сила связи, %
Fonagy Peter (University College London, and The Anna Freud Centre, London, United Kingdom)	67	4,6
Barlow David (Boston University, USA)	63	2,9
Constantino Michael (University of Massachusetts Amherst, USA)	63	3,4
Wampold Bruce (Modum Bad Psychiatric Center, Vikersund, Norway; University of Wisconsin-Madison, Madison, USA)	62	4,3
Garland Eric (University of Utah, Salt Lake City, USA)	58	0,4
Сумма	313 (21,9%)	15,6

Показатель	Общая сила связи, %
Тревожные расстройства	14,3
Депрессия	9,6
Аддитивные расстройства	7,0
Когнитивно-поведенческая терапия	16,1
Другие приемы психотерапии	9,6
Сумма	56,6

Б



А

Рис. 24. Основные плеяды авторов (А) и общая сила связи ключевых слов (Б) в статьях 14-го кластера соавторства.

ствам, депрессии, зависимостям, изучению эффективности когнитивно-поведенческой терапии и других методов психотерапии. Общая сила связи ключевых слов – 56,6%. Основные плеяды авторов и общая сила связи ключевых слов в статьях 14-го кластера соавторства показаны на рис. 24. Отмечается невысокая сила связи статей.

Другие сформированные кластеры (15–17-й) с 792 статьями и суммарной низкой общей силой связи (2,3%) нами не рассматривались.

Из 14 проанализированных научных соавторств по психотерапии 10 были аффилированы с учеными из научных организаций Германии. Это необычно, так как значительная часть исследований по психотерапии была представлена учеными из США. Возможно, у этих исследователей было меньше статей в соавторстве. В последние годы отме-

чается также высокий уровень участия ученых из Германии в коллаборационных статьях [3] с несколькими десятками соавторов из разных стран мира. Феномен нуждается в дополнительном изучении.

Заключение

Поисковый режим в реферативной базе данных PubMed выявил 89,8 тыс. откликов на зарубежные публикации по психотерапии, изданные в 2012–2021 гг. Доля изученных статей составила 88,6% от общего массива.

В проанализированном массиве публикаций наиболее распространенными являются техники когнитивной терапии (41,2%), в том числе когнитивно-поведенческой терапии (30,3%).

При помощи программы VOSviewer при 250 повторениях ключевых слов и 40 ста-

тях авторов, которые они издали лично или в соавторстве, выявили 6 кластеров по содержанию статей и 14 ведущих научных соавторств. В сгруппированных кластерах авторы в основном изучали в публикациях:

- в 1-м – влияние психотерапии (конкретных методических приемов) на психологическую адаптацию пациентов, в том числе с психическими расстройствами, методические приемы организации психотерапевтического вмешательства, взаимоотношения психотерапевтов и пациентов, доля общей силы связи – 26,7% в массиве всех публикаций;

- во 2-м – особенности биологических и нейропсихологических маркеров психологического воздействия на человека, с общей силой связи 21,4%;

- в 3-м – эффективность применения психологического воздействия (медитация, музыкальная терапия, арт-терапия, анималотерапия, йога и др.) с позиций доказательной медицины, с общей силой связи 17,1%;

- в 4-м – применение когнитивной терапии при зависимостях (нарушение пищево-

го поведения, алкоголизм, табакокурение, гемблинг), в том числе в удаленном режиме в сети Интернет, формирование у пациентов здорового образа жизни и технико-экономическое обоснование лечения, с общей силой связи 14,9%;

- в 5-м – лечение пациентов с тревогой, депрессией, шизофренией и другими психическими заболеваниями с помощью когнитивно-поведенческой и комбинированной терапией, в том числе с нейрофармакологическими препаратами, с общей силой связи 10,6%;

- в 6-м – лечение детей с нарушениями развития и поведения, например при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, аутизмом, отношения детей и родителей, осложнения беременности, проблемы воспитания детей, с общей силой связи 4,4%.

При большом массиве публикаций программа VOSviewer позволила выявить основные направления научных исследований по психотерапии в мире, что поможет заинтересованным ученым определить приоритеты своих будущих работ.

Литература

1. Евдокимов В.И. Обобщенные показатели авторефератов диссертаций по психотерапии и психологической коррекции, проиндексированных в Российской государственной библиотеке (2010–2021 гг.) // Вестн. психотерапии. 2022. № 83. С. 73–85. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-73-85.
2. Евдокимов В.И., Карвасарский Б.Д. Психотерапия: анализ мирового массива докторских диссертаций (1983–2012 гг.) // Вестн. психотерапии. 2013. № 46 (51). С. 7–21.
3. Коробкина Ю.Ш., Омельченко А.М. Научные коллаборации: определение, классификации и характеристики // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2017. Т. 7, № 4А. С. 72–83.
4. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. 3-е изд. СПб. [и др.]: Питер, 2006. 943 с.
5. Торшин И.Ю., Громова О.А., Стаховская Л.В. [и др.]. Анализ 19,9 млн публикаций базы данных PubMed/MEDLINE методами искусственного интеллекта: подходы к обобщению накопленных данных и феномен «fake news» // Фармакоэкономика. Современ. фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2020. Т. 13, № 2. С. 146–163. DOI: 10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2020.021.
6. Филиппов Ю.И. Индексация российских журналов по биологии и медицине в базе данных MEDLINE и на платформе PubMed: анализ позитивного и негативного опыта // Науч. редактор и издатель. 2021. Т. 6, № 1. С. 28–47. DOI: 10.24069/2542-0267-2021-1-28-47.
7. Vaminiwatta A., Solangaarachchi I. Trends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science // Mindfulness (N.Y.). 2021. Vol. 12. N 9. P. 2099–2116. DOI: 10.1007/s12671-021-01681-x.
8. Koo M. A Bibliometric Analysis of Two Decades of Aromatherapy Research // BMC Res Notes. 2017. Vol. 10, N 1. P. 46. DOI: 10.1186/s13104-016-2371-1.
9. Liu Z., Yang Z., Osmani M. The Relationship between Sustainable Built Environment, Art Therapy and Therapeutic Design in Promoting Health and Well-Being // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021. Vol. 18, N 20. P. 10906. DOI: 10.3390/ijerph182010906.
10. Srivastava K., Saxena A. Research Landscape on Student Suicide: A Bibliometric and Visual Analysis of 62 Years (1959–2021) // Indian J. Psychol. Med. 2023. Vol. 45, N 3. P. 237–242. DOI: 10.1177/02537176231160658.

11. Van Eck N.J., Waltman L. Software Survey: VOSviewer, a Computer Program for Bibliometric Mapping // *Scientometrics*. 2010. Vol. 84, N 2. P. 523-538. DOI: 10.1007/s11192-009-0146-3.
12. Van Eck N.J., Waltman L. Manual for VOSviewer version 1.6.19 / Leiden Universiteit. 2023. 54 p. URL: https://www.aidi-ahmi.com/download/Manual_VOSviewer_1.6.19.pdf.
13. Wigand M.E., Wiegand H.F., Scherp A., Becker T. To Whose Good? Directions and Gaps in Psychiatric Research // *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2021. Vol. 67, N 8. P. 1061–1067. DOI: 10.1177/00207640211008480.
14. Xin Q., Paudel D., An K. [et al.]. Thematic Trends and Knowledge Structure on Cognitive Behavior Therapy for Insomnia: A Bibliometric and Visualization Analysis // *Front. Psychiatry*. 2022. Vo. 13. P. 940741. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.940741.
15. Zhang Y., Huang L., Wang Y. [et al.]. Characteristics of Publications on Occupational Stress: Contributions and Trends // *Front. Public. Health*. 2021. Vol. 9. P. 664013. DOI: 10.3389/fpubh.2021.664013.

Поступила 24.05.2023 г.

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

Участие авторов: В.И. Евдокимов – планирование и методология исследования, обобщение полученных результатов, подготовка иллюстративного материала, написание первого варианта статьи; Р.К. Назыров – методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи; М.С. Плужник – сбор эмпирического материала по кластеризации статей, подготовка рисунков, редактирование первого варианта статьи; Д.А. Климшин, В.В. Коровицин – анализ первичного материала, обзор научных исследований.

Для цитирования: Евдокимов В.И., Назыров Р.К., Плужник М.С., Климшин Д.А., Коровицин В.В. Структура научных исследований в зарубежных статьях по психотерапии (2012–2021) // *Вестник психотерапии*. 2023. № 86. С. 5–32. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-05-32

V.I. Evdokimov^{1,2}, R.K. Nazzyrov³, M.S. Pluzhnik², D.A. Klimshin³, V.V. Korovicin³

Mapping the structure of research in international papers on psychotherapy (2012–2021)

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia
(4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

² Kirov Military Medical Academy Russia (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

³ Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology
(32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia)

✉ Vladimir Ivanovich Evdokimov – Dr. Med. Sci. Prof., Principal Research Associate, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Lecturer at the Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy Russia (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Mikhail Sergeevich Pluzhnik – cadet of the military doctors training faculty, Kirov Military Medical Academy Russia (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: pluzhnikms@yandex.ru;

Ravil' Kaisovich Nazzyrov – Dr. Med. Sci., director, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: ravil.nazzyrov@gmail.com;

Dmitrij Anatol'evich Klimshin – clinical psychologist, teacher, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: dklimshin@gmail.com;

Vitalij Viktorovich Korovicin – psychotherapist, teacher, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov lane, St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: kor14@list.ru

Abstract

Relevance. An increasing amount of publications demands investigators to step beyond routine analysis strategies in their scientific research. For this purpose, Leiden University Center for Science and Technology Studies (Netherlands) has developed the VOSviewer analytical software tool, available for free download.

The goal is to analyze the structure of scientific research in international publications on psychotherapy, published within 10 year's timespan, from 2012 to 2021.

Methods. The PubMed database search produced a sampling of 89.8 thousand items referring to international papers on psychotherapy published within the span of 10 years, from 2012 to 2021. We analyzed 88.6 % of the yielded sampling. Within the co-occurrence network of 250 keywords and 40 scientific publications, either by individual authors or co-authored, the VOSviewer software tool allowed to visualize 6 clusters based on terms and 14 clusters based on most prominent co-authorship links between researchers.

Results and discussion. The visualized network of 6 clusters showed that researchers were mainly focused on the following issues: Cluster 1 – the role of psychotherapy (specific methods and techniques) in psychological adaptation of patients, including those with mental disorders, as well as approaches and techniques to initiate psychotherapeutic intervention, and patient communication strategies for psychotherapists (having the total link strength of 26.7 % for all sampled publications); Cluster 2 – parameters for biological and neuropsychological markers of psychological impact on patient, with the total link strength of 21.4 %. Cluster 3 – efficiency of psychological impact techniques in evidence-based medicine perspective, with the total link strength of 17.1 %; Cluster 4 – cognitive therapy for addictions, including in remote on-line format, acquisition of healthy lifestyles by patients, as well as technical and economic aspects of treatment, with the total link strength of 14.9 %; Cluster 5 – treatment of patients with mental disorders using cognitive behavioral and combination therapy, including neuropharmacological drugs, with the total link strength of 10.6 %; Cluster 6 – treatment of children with developmental and behavioral disorders, child-parent relationship, pregnancy complications, parenting problems, with the total link strength of 4.4 %. The structure of the evaluated psychotherapeutic techniques and the most prominent co-authorship links between psychotherapy researchers were calculated.

Conclusion. Considering the vast amount of publications, the VOSviewer program allows to outline most dominant research perspectives for a particular area of science and, thus, determine future priorities in psychotherapy as a field of study.

Keywords: psychotherapy, psychological correction, clinical psychology, cognitive therapy, efficacy marker, science theory, bibliometry, meta-analysis, PubMed, VOSviewer.

References

1. Evdokimov V.I. Obobshchennyye pokazateli avtoreferatov dissertatsii po psikhoterapii i psikhologicheskoi korrektsii, proindeksirovannykh v Rossiiskoi gosudarstvennoi biblioteke (2010–2021 gg.) [Generalized indicators of abstracts of dissertations on psychotherapy and psychological correction indexed in the Russian state library (2010–2021)] *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (83):73–85. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-73-85.
2. Evdokimov V.I., Karvasarsky B.D. Psikhoterapiya: analiz mirovogo massiva doktorskikh dissertatsii (1983–2012 gg.) [Psychotherapy: an analysis of the global array of doctoral theses (1983–2012)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013; (46):7–21. (In Russ.)
3. Korobkina Y.Sh., Omel'chenko A.M. Nauchnye kollaboratsii: opredelenie, klassifikatsii i kharakteristiki [Research collaborations: definition, classification and characteristics]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra* [Economics: yesterday, today, tomorrow]. 2017; 7(4A):72–83. (In Russ.)
4. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic Encyclopedia]. Eds. B.D. Karvasarsky. St. Petersburg. 2006. 943 p. (In Russ.)
5. Torshin I.Yu., Gromova O.A., Stakhovskaya L.V. [et al.]. Analiz 19.9 mln publikatsii bazy dannykh PubMed/MEDLINE metodami iskusstvennogo intellekta: podkhody k obobshcheniyu nakoplennykh dannykh i fenomen "fake news" [Analysis of 19.9 million publications from the PubMed/MEDLINE database using artificial intelligence methods: approaches to the generalizations of accumulated data and the phenomenon of "fake news"]. *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya*. 2020; 13(2):146–163. DOI: 10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2020.021. (In Russ.)

6. Filippov Yu.I. Indeksatsiya rossiiskii zhurnalov po biologii i meditsine v baze dannykh MEDLINE i na platforme PubMed: analiz pozitivnogo i negativnogo opyta [Indexing in MEDLINE and PubMed of Russian biomedical journals: analysis of the positive and negative experience]. *Nauchnyi redaktor i izdatel'* [Science Editor and Publisher]. 2021; 6(1):28–47. DOI: 10.24069/2542-0267-2021-1-28-47. (In Russ.)
7. Baminiwatta A., Solangaarachchi I. Trends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science. *Mindfulness* (N.Y.). 2021; 12(9):2099–2116. DOI: 10.1007/s12671-021-01681-x..
8. Koo M. A bibliometric analysis of two decades of aromatherapy research. *BMC Res Notes*. 2017. 10(1):46. DOI: 10.1186/s13104-016-2371-1.
9. Liu Z., Yang Z., Osmani M. The Relationship between Sustainable Built Environment, Art Therapy and Therapeutic Design in Promoting Health and Well-Being. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(20):10906. DOI: 10.3390/ijerph182010906.
10. Srivastava K., Saxena A. Research Landscape on Student Suicide: A Bibliometric and Visual Analysis of 62 Years (1959–2021). *Indian J. Psychol. Med*. 2023; 45(3):237–242. DOI: 10.1177/02537176231160658.
11. Van Eck N.J., Waltman L. Software survey: VOSviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*. 2010; 84(2):523–538. DOI: 10.1007/s11192-009-0146-3.
12. Van Eck N.J., Waltman L. Manual for VOSviewer version 1.6.19 / Leiden Universiteit. 2023. 54 p. URL: https://www.aidi-ahmi.com/download/Manual_VOSviewer_1.6.19.pdf.
13. Wigand M.E., Wiegand H.F., Scherp A., Becker T. To whose good? Directions and gaps in psychiatric research. *Int J. Soc. Psychiatry*. 2021; 67(8):1061–1067. DOI: 10.1177/00207640211008480.
14. Xin Q., Paudel D., An K. [et al.]. Thematic trends and knowledge structure on cognitive behavior therapy for insomnia: A bibliometric and visualization analysis. *Front Psychiatry*. 2022; 13:940741. DOI: 10.3389/fpsy.2022.940741.
15. Zhang Y., Huang L., Wang Y. [et al.]. Characteristics of Publications on Occupational Stress: Contributions and Trends. *Front. Public. Health*. 2021; 9:664013. DOI: 10.3389/fpubh.2021.664013.

Received 24.05.2023

For citing: Evdokimov V.I., Nazyrov R.K., Pluzhnik M.S., Klimshin D.A., Korovicin V.V. Struktura nauchnykh issledovaniy v zarubezhnykh stat'yakh po psikhoterapii (2012–2021 gg.). *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):5–32. (In Russ.)

Evdokimov V.I., Nazyrov R.K., Pluzhnik M.S., Klimshin D.A., Korovicin V.V. Mapping the structure of research in international papers on psychotherapy (2012–2021). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):5–32. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-05-32

Н.Ю. Оганесян, Э.Н. Соловьева, Е.Г. Журавлева

НЕЙРОМОТОРНАЯ И ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПИКА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Городская психиатрическая больница № 6 (Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И)

Актуальность. Методы нейромоторной и танцевально-двигательной терапии, направленные на психомоторную коррекцию эмоциональной, двигательной, когнитивной сфер психики человека сравнительно недавно применяются в реабилитации пациентов различных нозологических групп. Болезнь Пика – это хроническое и прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, встречающееся обычно в возрасте 50–60 лет и характеризующееся деструкцией и атрофией коры головного мозга преимущественно в области лобных и височных долей. Распространенность в структуре деменций составляет 2–5 %.

Клиника заболевания характеризуется незаметным началом и постепенным прогрессированием. Средний возраст начала заболевания – 54 года. Средняя продолжительность до наступления смерти – 6 лет.

Особенностью клиники в начале заболевания является постепенное нарушение эмоционально-волевой и поведенческой сферы, а также снижение критики к своему состоянию. Таким образом, коррекция психомоторного состояния пациентов с помощью танцевально-двигательной терапии как невербального психотерапевтического метода дает возможность улучшить качество жизни таких пациентов.

Цель – апробация нейромоторной и танцевально-двигательной терапии как метода невербальной психотерапии в реабилитации пациента с болезнью Пика.

Методология. В данной статье подробно изложены психологический, психомоторный анализ пациента с болезнью Пика, находящегося в психиатрическом стационаре. Подробно описывается и анализируется психотерапевтическая работа танцевально-двигательного терапевта, опирающаяся на предварительную психологическую и психомоторную диагностику.

Результаты и их анализ. Приводится описание моторно-эмоционального состояния пациента в процессе танцевально-терапевтической сессии в динамике, с опорой на психодиагностический инструментарий. Можно отметить, что преморбидно высокий интеллектуальный уровень удлинняет процесс снижения и избирательность поражения, что позволяет через сложный художественный образ танца мобилизовать компенсаторные возможности из резервов других полушарий мозга. При отключении локальных когниций левого полушария включается компенсаторный процесс правого полушария головного мозга.

Заключение. Резюмируя, отмечаем, что нейромоторная и танцевально-двигательная терапии могут успешно применяться в реабилитации пациентов как с болезнью Пика, так и с болезнью Альцгеймера. При наличии когнитивного регресса левого полушария компенсаторная активация правого полушария головного мозга в танцевально-двигательной терапии может значительно улучшить качество жизни таких пациентов.

Ключевые слова: нейромоторика, танцевально-двигательная терапия, болезнь Пика, психологическая и психомоторная диагностика.

✉ Оганесян Наталия Юрьевна – канд. психол. наук, клинич. психолог, танцевально-двигательный терапевт, Гор. психиатр. б-ца № 6 (191167, Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: anais_og@rambler.ru;

Соловьева Эмилия Николаевна – канд. мед. наук, врач-невролог, Гор. психиатр. б-ца № 6 (191167, Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: alekseysolovyev@mail.ru;

Журавлева Евгения Геннадиевна – клинич. психолог, Гор. психиатр. б-ца № 6 (191167, Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9 И), e-mail: xarda@mail.ru

Проблема взаимосвязи физического и умственного развития человека на протяжении длительного периода ее изучения не получила однозначного решения, однако на современном уровне знаний, с позиций теории функциональных систем и принципа единства сознания и деятельности, нельзя отрицать взаимную связь моторного и психического развития. Более того, имеются достаточные основания, чтобы утверждать наличие несомненной и действенной связи двигательной функции с психическим развитием человека, так как они – две стороны одного и того же явления [3]. Быстрота двигательной реакции определяется прежде всего свойствами анализаторов, динамикой центральных нервных процессов и нервно-мышечных отношений.

Методы нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции, такие как нейромоторная и танцевально-двигательная терапии, направлены на исправление дизнейроонтогенетически-дизонтогенетических дефектов функций основных блоков мозга (по А.Р. Лурии), ответственных за энергетическое обеспечение всего организма, операциональную деятельность мозга на уровне сенсорно-информационных систем, их внутри- и межполушарное взаимодействие и психомоторную реализацию [1, 4, 7]. Анатомио-функциональная представленность нейромоторных упражнений, применяемых в этих методах, соответствует их влиянию на подкорково-стволовые образования, теменно-височно-затылочную кору больших полушарий и лобную кору головного мозга [11]. Данные методы прекрасно зарекомендовали себя при многих расстройствах детско-подросткового возраста, включающих проявления психического дизонтогенеза [5, 9]. Более того, данные психотерапевтические подходы успешно применяются в отношении взрослых пациентов с психическими нарушениями [8, 12, 13].

Мозг постоянно меняется, он всегда способен на создание новых нейронных связей и, соответственно, новых привычек. Эта его способность и получила название «нейропластичность» [2].

Нейронные связи – это своего рода автобаны мозга, значительно облегчающие для его нейронов передачу той или иной информации. При этом чем чаще информация проходит по нейронным цепям, тем крепче эта связь становится.

Болезнь Пика – это хроническое и прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, встречающееся обычно в возрасте 50–60 лет и характеризующееся деструкцией и атрофией коры головного мозга преимущественно в области лобных и височных долей. Распространенность в структуре деменций составляет 2–5 %.

Клиника заболевания характеризуется незаметным началом и постепенным прогрессированием. Средний возраст начала заболевания – 54 года. Средняя продолжительность до наступления смерти – 6 лет.

Особенностью клиники в начале заболевания является постепенное нарушение эмоционально-волевой и поведенческой сферы, а также снижение критики к своему состоянию.

Цель. Все вышеизложенное явилось стимулом к опробованию этих методов в лечении пациента с болезнью Пика на стадии реабилитации.

Методология

В ковидное и постковидное время нейромоторная и танцевально-двигательная терапии проводились индивидуально с каждым пациентом стационара по назначению лечащего врача, т.к. групповые занятия не проводились.

Танцевально-терапевтическая сессия, применяемая в реабилитации пациента с болезнью Пика состоит из 7 частей: 1) предварительная беседа с пациентом; 2) нейромоторные тестовые упражнения; 3) прослушивание музыки для танцевальной импровизации; 4) индивидуальная танцевальная импровизация; 5) парная танцевальная импровизация с танцевальным терапевтом; 6) индивидуальная танцевальная импровизация со сменой ритма; 7) нейромоторные тестовые упражнения и заключительная бе-

седа с пациентом для прояснения его эмоционального и физического состояния.

Представляем анамнез пациента С.

Пациенту 57 лет, доцент, кандидат наук. Преподаватель вуза, был научным руководителем нескольких диссертационных работ. Не женат. Детей нет. Жил с матерью. После ее смерти остался один в отдельной квартире.

Ухудшение состояния произошло около 5 лет назад. Стала снижаться память. Забывал нужные слова. Перестал пускать племянницу в квартиру, ссылаясь на захламленность, беспорядок. В сентябре 2021 года поступил сигнал от студентов о странностях в поведении. Был отстранен от работы со студентами. Впервые обратился в научно-клинический центр нейродегенеративных заболеваний ИМЧ РАН 22.09.2021 (в сопровождении коллеги) с жалобами на снижение памяти, изменение речи. Не мог читать длинные предложения, терял ориентацию на улице, не мог начать работу на компьютере. Стал апатичен, перестал следить за собой. После полного обследования выставлен диагноз «лобно-височная дегенерация с когнитивными, поведенческими нарушениями, моторной апраксией, речевыми нарушениями».

Находился на лечении в неврологическом отделении института мозга с 18.10.2021 по 01.11.2021. После выписки отмечалась положительная динамика. После выписки рекомендованную терапию принимал нерегулярно, забывал. Проживал один. Непостоянно получал помощь коллег.

С января 2022 г. в связи с прогрессированием нарушений интеллектуально-мнестической сферы, беспомощностью, проявлением поведенческих нарушений находился под опекой родственников: племянницы, жены брата. Далее в клинической картине стали нарастать нарушения памяти, неряшливость, нарушения поведения. Не разрешал выбрасывать вещи, перепрятывал предметы и мусор. Терял вещи. Мог положить ненужные предметы в сумку, брал тесак и нож на работу. Не мог объяснить своих действий. Отмечались нарушения письма и счета, трудности в подборе слов.

Со слов родственников, путает предметы, забывает, как ими пользоваться (например, как включить компьютер). Не может оплатить коммунальные услуги. Не понимает, как пользоваться деньгами и где их хранить. Часто включает газ, которым греется. Отвинчивает насадку от душа и заливает пол водой. Курит в квартире и нарушает нормы социального поведения.

При сборе анамнеза путает хронологию событий. Сам пациент анамнестические сведения подтверждает и добавляет, что стал менее активным, более апатичным. Меньше следит за собой. Изменились пищевые пристрастия. Уменьшилась потребность в курении. При беседе жалуется на трудности при подборе слов и нарушения памяти. Относится к своему состоянию с частичной критикой. Поступил в ГПБ № 6 по направлению ПНД в сопровождении родственника.

Результаты психологической диагностики

Пациент послушно следует за психологом к месту беседы, покладистый, подчиняемый. Поведение по большей части упорядоченное, пациент способен подчиняться ситуационным требованиям, однако эпизодически проявляются отдельные элементы полевого поведения и откликаемости. Так, пациент иногда повторяет и комментирует услышанные из отделения слова; несколько раз без инструкции берет лист и карандаш, лежащие перед ним, рисует на листе отдельные значки; на уточняющие вопросы о том, что это и для чего он это делает, ответить не может. Эмоциональное реагирование пациента обеднено, недостаточно дифференцировано, речь несколько замедленная по темпу, интонационно бедная, однообразная. На вопросы пациент часто отвечает расплывчато, не по существу, нередко не может дать четкий ответ, проявляет выраженную склонность к компенсаторному рассуждательству. В беседе пациент затрудняется конкретизировать собственные эмоциональные переживания, дифференцированно описать свое настроение и состояние, не может конкретизиро-

вать жалобы. Считает, что нуждается в лечении, однако, что именно нужно вылечить, формулирует с трудом. К своему состоянию предъявляет частичную критику, однако происходящим явственно не тяготится, часто понимает неудачи в своей работе, но демонстрирует легковесное отношение к ним.

В работе над заданиями продуктивность отчетливо снижена, предъявленные инструкции пациент понимает, однако усваивает их и следует им не всегда, часто нуждается в напоминаниях, дополнительных пояснениях и во внешней регуляции и направлении своей деятельности в соответствии с необходимой программой действий.

Представляем психологическое заключение из истории болезни пациента:

Функции, связанные с речью: обращенную речь пациент понимает, однако испытывает трудности в удержании даже относительно небольшого объема информации вследствие выраженной недостаточности слухоречевой памяти. Произносительная сторона речи относительно сохранна, пациент не испытывает затруднений в повторении сложных в фонематическом отношении слов, отраженная речь не нарушена. Диалогическая речь относительно развернутая, однако нередко в речи называние конкретного объекта подменяется бессодержательным категориальным наименованием (словом-заменителем, таким как «предмет» или «объект»), имеются трудности в поиске нужных слов, иногда проявляются вербальные парафазии. При поиске слов помогают подсказки как литеральные (по первой букве), так и категориальные (мечель – стол). Повествовательная речь грубо нарушена, искажается смысл повествования, фразы незаконченные, оборванные, пересказ имеет крайне мало общего с оригиналом. В заданиях на вербальную беглость пациент непродуктивен: в частности, в течение минуты может назвать лишь 3 слова на заданную букву или 5 слов из заданной категории.

В письменной речи проявляется неспособность к самостоятельному письму: пациент не может написать самостоятельно составленное предложение в связи с неспособностью удержать сформированный замысел

вербальной конструкции в памяти. В письме под диктовку отмечаются литеральные парафазии как по типу персеверативных включений, так и связанные с недостаточностью процессов переработки и удержания слухоречевой информации; списывание пациенту доступно. Чтение и понимание смысла прочитанного также доступно пациенту, предъявленные письменно инструкции он понимает и способен их выполнить в том случае, если способен удержать объем прочитанного в рабочей памяти.

Счет: на фоне сохранного узнавания и чтения чисел грубо нарушена способность к совершению счетных операций, пациент демонстрирует полную утрату навыков счета, в том числе и автоматизированных (таблица умножения).

Предметный и лицевой гнозис: в настоящее время без грубых нарушений, пациент верно опознает как реальные предъявленные лица и объекты, так и их контурные изображения. Отмечаются вторичные нарушения называния предметов, обусловленные описанными нарушениями речи, в частности поиском нужного наименования для предмета. Пациент испытывает преходящие трудности в узнавании зашумленных и частичных изображений, однако в большинстве случаев также способен справиться с задачей с опорой на подсказку.

Пространственный гнозис и праксис: пациенту практически недоступно понимание пространственных и квазипространственных отношений как в предметных действиях, так и в рамках собственного тела. Формально сохранна ориентировка «право-лево», пациент способен выполнить простую инструкцию (взять ручку в правую или левую руку), однако при необходимости повторить более сложные действия определенной рукой делает это обеими руками, при этом располагает их неправильно как относительно друг друга, так и относительно других частей тела, не способен повторить позы пальцев. При этом большую часть описанных действий пациент способен выполнить спонтанно или по вербальной инструкции, описывающей их символический смысл. Так, не может повто-

ритель после показа соединить указательный и большой пальцы в кольцо, однако после вопроса «Как бы вы показали знак “ОК”?» без затруднений складывает пальцы нужным образом. *Двигательный стереотип не формируется в связи с неспособностью повторить движения по наглядному показу. Грубо нарушен динамический праксис*, в пробе «кулак – ребро – ладонь» пациент использует обе руки вместо одной, при этом каждая рука совершает персеверации «своего» действия: одна бьет по столу кулаком, а вторая ставится на ребро, и лишь после неоднократных вербальных повторений одна из рук ложится ладонью на стол. *Графический стереотип также очень быстро принимает форму персеверации. По тем же причинам не формируются реакции выбора: при предъявлении пациенту ритма он почти сразу полностью копирует ритм экспериментатора.* Пациенту полностью недоступно как понимание пространственных отношений объектов, так и пространственное конструирование объекта даже при наличии наглядного образца. Не определяет время на «слепых» часах, не может изобразить часы самостоятельно. Не справляется ни с одной задачей субтеста «Кубики Кооса», почти недоступно как копирование объемных фигур (дом, стол), так и их самостоятельное рисование. Также отмечается грубое нарушение квазипространственных отношений: пациент не понимает отношений между предметами, обозначаемых предлогами: «за», «под», «над» и др.; не может как опознать подобные расположения предметов, так и поместить предметы таким образом самостоятельно. Отмечаются выраженные затруднения в понимании сложных логико-грамматических конструкций: так, считает, что «мамина дочка» и «дочкина мама» – это один и тот же человек, «отец брата» и «брат отца» – «наверно, разные, но я не знаю, кто они».

В аттентивно-мнестической сфере продуктивность отчетливо снижена в связи с затруднениями произвольной регуляции, а также со снижением всех видов и процессов памяти и внимания. Грубо нарушена способность к концентрации и переключаемо-

сти произвольного внимания как в слуховой, так и в зрительной модальности, выражено сужен объем слухоречевой и зрительной памяти, грубо нарушена способность к оперативному переструктурированию информации, процесс запоминания непродуктивен. Зрительное восприятие плохо дифференцировано, пациент не замечает нехватку важных деталей объектов. По карточкам субтеста «Недостающие детали» не справляется с задачей ни на одной карточке. Пациент не способен отыскивать числа в таблицах Шульте, хотя без затруднения узнает их и читает.

Мышление непродуктивное, замедленное по темпу, инертное, по большей части конкретное, с выраженными трудностями построения смысловых, временных и причинно-следственных связей. Нарушены операции анализа и синтеза. Измерить интеллектуальную продуктивность пациента методикой Векслера не представляется возможным.

В эмоционально-личностной сфере отмечается обеднение эмоционального реагирования при относительной сохранности ранее сформированных стереотипов поведения, недостаточная критичность и легковесность в оценке себя и жизненных ситуаций. Адаптационные возможности значительно снижены.

Таким образом, на основании описанного выше можно выделить следующие нейропсихологические факторы:

- фактор пространственной и квазипространственной деятельности, включающий в себя конструктивную апраксию, две формы афазии (семантическую и амнестическую – в данном случае как часть акустико-мнестической афазии) и акалькулию, а также характерные для этих нарушений проявления дисграфии. Также здесь можно отметить идеомоторную апраксию по Липману, которая предполагает неспособность выполнять действия по команде при сохранности спонтанного выполнения этих действий и сохранности символических действий. Поражение локализуется в нижней части левой теменной доли;

- кинетический фактор, отвечающий за обеспечение перехода от одного элемента

движения к другому при выполнении различных действий. Признаки кинетической апраксии (по А.Р. Лурии): нарушение плавности, дезавтоматизация привычных движений (в частности при письме), застревание на отдельных фрагментах движений (персеверации). Нарушение кинетической мелодии и динамики двигательного акта (вторичные поля двигательного анализатора, премоторные отделы, поля 6, 8, 44, 45 (по К. Бродману)). Фактор программирования и контроля, проявляющийся в нарушении высших форм регуляторных процессов – произвольной регуляции психической деятельности (префронтальные отделы, поля 9, 10, 45, 46, 47 (по К. Бродману)).

Результаты и их анализ

Мы так подробно остановились на проведенной нейропсихологической диагностике для того, чтобы было понятно, с какими проблемами столкнулся танцевально-двигательный (нейромоторный) терапевт, когда лечащий врач пациента предложил попробовать провести с ним индивидуальную нейромоторную терапию.

Выделенные курсивом отрывки психологической диагностики приведены специально, чтобы показать разницу психодиагностики и конкретной работы пациента в танцевально-двигательной сессии.

Нейромоторная терапия состоит из серии упражнений, направленных на диагностику и коррекцию мелкой моторики, координации мелких и крупных движений, пространственной ориентации, выявление органических поражений головного мозга (по Лурии) и оптико-моторной координации (по Н.И. Озерецкому – И.Н. Толчинскому) [10], а также на коррекцию концентрации внимания на визуально-моторных стимулах поведения человека. Основной принцип нейромоторики – это одновременная синхронная работа обеих рук, при этом каждая из которых выполняет свое задание. Именно при таких упражнениях тренируется согласованная работа двух полушарий мозга. Выделим пять координационных способностей:

способность к реагированию; ритмическая способность; способность к равновесию; способность к пространственному ориентированию; способность к кинестетическому дифференцированию. Как правило, при болезни Альцгеймера эти способности нарушаются [12]. Но необходимо отметить, что те пациенты, которые в детстве занимались какими-либо видами спорта, долго сохраняют координационные способности, независимо от тяжести заболевания. При регулярном выполнении перекрестных движений образуются новые волокна, связывающие полушария головного мозга, что способствует развитию высших психических функций, в особенности процессов мышления и речи. Однако разные участки мозга тесно связаны с различными частями тела. И отсюда следует, что, тренируя разные части тела, мы активизируем и тренируем новые участки мозга.

В процессе психомоторной диагностики танцевальный терапевт практически подтвердил все, что определил психолог. Но при диагностическом упражнении на ритм движений стало понятно, что пациент чувствует смену музыкального ритма. Это и явилось главной мишенью танцевальной терапии во время последующих сессий. Танцевальный терапевт стала предлагать пациенту разные музыкальные произведения для прослушивания – таким образом определились музыкальные предпочтения пациента, и на вопрос: «Не хотите ли вы немного потанцевать под музыку? Как получится – это не важно» – был ответ: «С удовольствием». То, что произошло дальше, было диаметрально противоположно психологической и психомоторной диагностике в статике.

1. В танце пациент гармонично и координированно двигал как ногами, так и руками, и даже корпусом.

2. Он занимал достаточное пространство для танца, двигаясь в разных направлениях.

3. Периодически закрывал глаза, погружаясь в плавную, мелодичную музыку.

4. Он танцевал, не обращая внимания на то, что многие пациенты смотрели на его танец и даже аплодировали в конце.

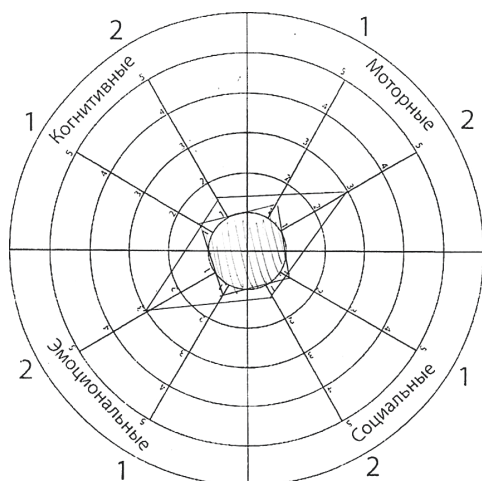
На следующей танцевально-терапевтической сессии мы танцевали в паре вальс. Пациент уверенно вел партнершу (танцевального терапевта), меняя пространство и направление движений, подстраивался под движения партнерши. По окончании сессии пациент поблагодарил танцевального терапевта, сказав: «Я давно не получал такого удовольствия. Спасибо большое». На вопрос: «Танцевали ли Вы раньше?» – ответил: «Ну только иногда, на вечеринках в институте».

На последующих танцевально-терапевтических сессиях мы работали индивидуально, уходя с отделения в актовый зал. Танцевали под разные стили музыки, и каждый раз пациент подстраивался под музыкальное произведение. Некоторые трудности в повторении движений за танцевальным терапевтом были, но пациент раз за разом их успешно преодолевал. При этом речь его становилась более ясной и распространенной, ему было легче подбирать слова для ответов.

Представляем психодиагностическую методику, примененную на первой и на последней сессии.

Методика КМСЕ Рамос Валерио Л.Э. [14]

Эта методика оценивает когнитивное, моторное, социальное и эмоциональное состояние пациентов на первой сессии (цифра «1») и на последней (цифра «2»). Длину диагональных линий можно высчитать в миллиметрах; таким образом, имеется возможность математически обработать результаты методики.



Заключение

Пациент посетил 10 реабилитационных сессий: из них 6 сессий индивидуальной нейромоторной терапии; 2 сессии индивидуальной танцевально-двигательной терапии и 2 сессии комплексной моторной и статической релаксации под выбранную им самим музыку. Последние 4 сессии проводились в конференц-зале, куда надо было найти дорогу из отделения. На последней сессии пациент сам отыскал дорогу, поднялся на отделение, нашел звонок и позвонил, чтобы открыли дверь, чего раньше сделать не мог. На диаграмме выше можно отметить, что при первичной психомоторной диагностике (цифра «1») пациент продемонстрировал низкий уровень по всем шкалам методики. При заключительной диагностике (цифра «2») он совершил высокий «скачок» по шкалам «эмоциональные функции» и «моторные функции». Когнитивные функции улучшились, но не так значительно, как эмоциональные и моторные, а вот социальные практически не изменились.

Во время статической релаксации пациент быстро расслабляется и грамотно описывает свое состояние. Во время моторной релаксации строит свои движения, которые отражают музыкальный ряд. При смене музыки движения и эмоции также изменяются.

Таким образом, прослушивание музыки включает у пациента центры мозга, отвечающие за воображение (теменно-височный отдел) и слуховые анализаторы (височные области). Затем, если предъявляется видеоматериал танца какого-то человека, он может запомнить движения и самостоятельно их повторить под ту же музыку. То есть невербальное зрительное внимание включается только тогда, когда звучит музыка. После танца под музыку речь пациента значительно улучшается – с ним возможно говорить на разные темы (обсуждать литературные произведения, живопись, его работу преподавателем в университете). При этом некоторые сложности в подборе слов сохраняются, но он успешно их преодолевает, заменяя соответствующие слова похожими по смыслу.

Можно отметить, что преморбидно высокий интеллектуальный уровень удлинит

процесс снижения и избирательность поражения, что позволяет через сложный художественный образ танца мобилизовать компенсаторные возможности из резервов других полушарий мозга. При отключении локальных когниций левого полушария включается компенсаторный процесс правого полушария головного мозга.

Относительно психомоторной диагностики констатируем: нарушения кинетической мелодии и двигательного акта не прослеживаются. Согласно методике «Телесный анализ» Оганесян Н.Ю. [6], можно видеть, что: 1) пациент строит свои движения; 2) пациент исполняет движения как фронтально-латеральные, так и сагиттальные; 3) география танца развернута; 4) представлены уровни движений: верхний, право-лево, круговые; 5) пациент креативен в выборе музыки. Он уверенно ведет партнершу, что говорит о довольно высокой самооценке (считает, что партнерша должна ему подчиняться). Музыкальный ритм движений удерживает. При нейромоторных упражнениях в статическом положении (сидя на стуле) наблюдается ограниченная зона воздействия: пациент понимает, что его тестируют и очень расстраивается, если упражнения не получаются. Предложенные движения в танце он обогащает собственной фантазией и дополнительно структурированными образами. Эмоциональная окраска (степень удовольствия) нарастает в танце, что влияет на общее эмоциональное состояние.

Но, несмотря на все вышеперечисленное, во время психодиагностики по методике А.Р. Лурии, направленной на выявление органических поражений головного мозга, пациент с задачами не справляется. Повторить упражнения на координацию движений по предъявленному образцу не может. С рисуночной методикой Н.И. Озерецкого – И.Н. Толчинского на оптико-моторную координацию не справляется. С проективной рисуночной методикой Урсулы Аве-Лаллемант «Звезды и Волны» также не справляется. С проективной методикой «Какого Я цвета» Н.Ю. Оганесян [6], где нужно заштриховать

небольшой квадрат любым цветом, не удерживается в границах теста.

Таким образом, можно предположить, что эмоционально насыщенный с положительной мотивацией танец снижает уровень зоны функциональных нарушений (зоны парабиоза), которая формируется вокруг зон структурных (дегенеративно-дистрофических) изменений.

Демонстрация танцевальным терапевтом разнообразных движений оказалась пациенту более понятна, чем вербальные инструкции в процессе диагностики. В глубине его запертой болезнью памяти сохраняется целый «сундук интеллекта», который он по заданию танцевального терапевта с трудом приоткрывает и достает фрагменты оттуда своих забытых художественных навыков.

Можно выдвинуть такую гипотезу: в связи с уходом матери и его тесной связью с ней, возможно, произошел слом жизненных стереотипов.

Нейропсихологическое обследование показало наличие моторной апраксии, пространственно-конструктивной апраксии, кинестетической апраксии. Выявлены плавность и дезавтоматизация, персеверация движений, две формы афазии и акалькулии. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Структурные поражения («отложение амилоида») носят многоочаговый характер, поэтому и характер нарушенных (когнитивных) функций (афазия, апраксия, алексия и т.д.) носит локализованный характер. А переклочки с танца на музыку и моторные упражнения, по-видимому, больше зависят от нейронных связей.

Когнитивные нарушения, связанные с локальными структурными поражениями в виде отложений амилоида (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера), носят многоочаговый, чаще корковый характер. Вокруг очагов формируются функциональные зоны парабиоза. По-видимому, танец как сложный музыкально-художественный образ, обогащенный разными ритмами, движениями, импровизацией, обладающий положительной эмоциональной окраской, фор-

мирующей синтонностью танцевального терапевта и пациента, мобилизует старые («устойчивые», «жесткие», по Н.П. Бехтеревой) нейронные связи и в процессе активно формирует новые («гибкие», по Н. П. Бехтеревой) нейронные связи (может быть, временные) [2]. Одновременно танец, музыка, эмоции как бы пробуждают функциональные зоны парабриза, мобилизуя тем самым компенсаторные резервы.

Резюмируя отмечаем, что нейромоторная и танцевально-двигательная терапии могут успешно применяться в реабилитации пациентов как с болезнью Пика, так и с болезнью Альцгеймера. При наличии когнитивного регресса левого полушария компенсаторная активация правого полушария головного мозга в танцевально-двигательной терапии может значительно улучшить качество жизни таких пациентов.

Литература

1. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность / под ред. О.Г. Газенко; изд. подгот. И.М. Фейгенберг. М.: Наука, 1990. 494 с.
2. Бехтерева Н.П. О мозге человека. СПб: Изд-во «Нотабене», 1994. 244с.
3. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека. СПб: Питер, 2003. 384 с.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. СПб: Питер, 2018. 768 с.
5. Логвина Е.Н. Нейромоторика. 74 упражнения для развития межполушарного взаимодействия, мелкой моторики и высших психических функций. Изд-во АСПИ, 2021. 220 с. URL: <https://ridero.ru/books/neiromotorika/freeText> (дата обращения: 10.03.2023).
6. Оганесян Н.Ю. Теоретико-методологические аспекты танцевальной терапии больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2009. Сер. 12. Вып. 2. Ч. I. С. 206–214.
7. Оганесян Н.Ю. Динамика психомоторных процессов больных шизофренией в танцевальной психотерапии с позиции нейропсихологии // Мат. Всерос. юбилейной науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы военной психиатрии». СПб.: ВМЕДА, 2011. 178 с.
8. Оганесян Н.Ю. Специфические особенности «отзеркаливания» движений в танцевальной терапии шизофренией // Междисциплинарный подход к психическим расстройствам и их лечению: миф или реальность? Мат. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. уч. совм. с XVII Всемир. конгр. Всемирной ассоциации динамической психиатрии — 17th World Congress of the WADP. 14–17 мая 2014 г. [под ред. Н.Г. Незнанова]. СПб: Альфа-Астра, 2014. С. 312–315.
9. Оганесян Н.Ю. Танцевально-двигательная психотерапия // Детская психотерапия и медицинская психология. Учебник для вузов / под ред. Э.Г. Эйдемиллера, М.Ю. Городновой, А.Э. Тарабанова. СПб.: Питер, 2022. С. 583–594.
10. Озерецкий Н.И., Гуревич М.О. Психомоторика. М. – Л.: Гос. мед. изд-во, 1930. Ч. 1. 169 с.; Ч. 2. 174 с.
11. Adamkova M., Hatlova V. Psychomotor Therapy in the Treatment of Schizophrenia. University of J.E. Purkyne in Usti nad Labem, Czech republic, 2012. 272 p.
12. Hirjak D., Thomann P.A., Kubera K.M., Wolf N.D., Sambataro F., Wolf R.C. Motor Dysfunction within the Schizophrenia-spectrum: A Dimensional Step Towards an Underappreciated Domain // Schizophrenia Research. 2015. Vol. 169 (1–3). P. 217–233.
13. Oganessian N.Yu. Dance Therapy as Form of Communication Activating Psychotherapy for Schizophrenic Patients // Body, Movement and Dance in Psychotherapy. 2008. Vol. 3, N. 2. P. 97–107.
14. Ramos Valerio L.E. Методика КМСЕ в динамике антропософской танцевальной психотерапии. Теоретическое обоснование. Система диагностики. Оценка эффективности. LAP LAMBERT Academic publishing, 2019. 93 p.

Поступила 09.03.2023 г.

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

Вклад авторов: Н.Ю. Оганесян – разработка дизайна исследования (танцевально-терапевтических сессий), анализ и обработка полученных результатов, подготовка первичного и заключительного вариантов статьи; Э.Н. Соловьева – ко-терапия танцевально-терапевтических сессий, оценка и описание неврологического статуса пациента, подготовка первичного и заключительного вариантов статьи; Е.Г. Журавлева – написание психологического заключения, подготовка заключительного варианта статьи.

Для цитирования: Оганесян Н.Ю., Соловьева Э.Н., Журавлева Е.Г. Нейромоторная и танцевально-двигательная терапии в реабилитации пациента с болезнью Пика (клинический случай) // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 33–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-33-43

N.Y. Oganessian, E.N. Solovyeva, E.G. Zhuraveva

Neuromotorial and dance-movements therapeutics as a rehabilitation programm for patient with “Pica Disease” (Clinical case)

State Psychiatric Hospital 6 (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, Russia)

✉ Natalia Yurievna Oganessian – PhD Psychol. Sci, dance movement therapist, State Psychiatric Hospital 6 (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, 191167, Russia), e-mail: anais_og@rambler.ru

Emilya Nikolaevna. Solovyeva – PhD Med. Sci, neurologist, State Psychiatric Hospital 6 (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, 191167, Russia), e-mail: aleksejsolovyev@mail.ru

Evgeniya Gennadiyevna Zhuravleva – clinical psychologist, State Psychiatric Hospital 6, (6, Emb. Obvodny canal, St. Petersburg, 191167, Russia) e-mail: xarda@mail.ru

Abstract

Relevance. Methods of neuromotor and dance-movement therapy, aimed at psychomotor correction of emotional, motor, and cognitive spheres of the human psyche, are relatively recently used in rehabilitation of patients of different nosological groups. Pick's disease is a chronic and progressive disease of the central nervous system, usually occurring at the age of 50–60 years and characterized by destruction and atrophy of the cerebral cortex mainly in the frontal and temporal lobes. The prevalence in the structure of dementias is 2–5 percent.

The clinical picture of the disease is characterized by imperceptible onset and gradual progression. The average age of onset is 54 years. The average duration to death is 6 years.

At the beginning of the disease, a gradual disturbance of the emotional-volitional and behavioral sphere, as well as a decrease in criticism of his condition is characteristic of the clinic. Thus, correction of psychomotor state of patients with the help of dance-movement therapy as a non-verbal psychotherapeutic method provides an opportunity to improve the quality of life of such patients.

The purpose of this work is to test neuromotor and dance-movement therapy as a method of nonverbal psychotherapy in the rehabilitation of a patient with Pick's disease.

Methodology. This paper describes in detail the psychological, psychomotor analysis of a patient with Pick's disease who is in a psychiatric hospital. The psychotherapeutic work of the dance and movement therapist, based on psychological and psychomotor pre-diagnosis, is described and analyzed in detail.

The results and their analysis. Description of the motor-emotional state of the patient during dance therapy sessions is presented dynamically, relying on psychodiagnostic tools. It can be noted that the pre-morbidly high level of intelligence prolongs the process of reduction and selectivity of impairment, allowing mobilization of compensatory capacities from reserves of other brain hemispheres through a complex artistic dance expression. When local cognitive functions of the left hemisphere are disabled, compensatory processes of the right hemisphere of the brain are activated.

Conclusion. To summarize, we note that neuromotor and dance-movement therapy can be successfully used in the rehabilitation of patients with both Pick's disease and Alzheimer's disease. In the presence of cognitive regression of the left hemisphere, compensatory activation of the right hemisphere of the brain in dance-movement therapy can significantly improve the quality of life of such patients.

Keywords: neuromotor skills, dance-movement therapy, Pick's disease, psychological and psychomotor assessment.

References

1. Bernshteyn N.A. Fiziologiya dvizheniy i aktivnost' [Physiology of movement and activity]. Ed. O.G. Gazenko. Moscow, 1990. 494 p. (In Russ.)
2. Bekhtereva N.P. O mozge cheloveka [About the human brain]. St. Petersburg, 1994. 244 p. (In Russ.)
3. Il'in Ye.P. Psikhomotornaya organizatsiya cheloveka [Psychomotor organization of a person]. Sankt-Petersburg, 2003. 384 p. (In Russ.)

4. Luriya A.R. Vysshie kerkovyye funktsii cheloveka [Higher cortical functions of a person]. Sankt-Petersburg, 2018. 768 p. (In Russ.)
5. Logvina Ye.N. Neyromotorika. 74 uprazhneniya dlya razvitiya mezhpolusharnogo vzaimodeystviya. Melkoy motoriki i vysshikh psikhicheskikh funktsiy [Neuromotor. 74 exercises for the development of interhemispheric interaction. Fine motor skills and higher mental functions]. 2021. 220. URL: <https://ridero.ru/books/neyromotorika/freeText> (accessed: 10.03.2023) (In Russ.)
6. Oganessian N.Yu. Teoretiko-metodologicheskiye aspekty tantseval'noy terapii bol'nykh shizofrenii [Theoretical and methodological aspects of dance therapy for patients with schizophrenia] *Vestnik Sankt-Peterburgskogo Universiteta* [Bulletin of St. Petersburg University]. 2009. 12(2):206–214. (In Russ.)
7. Oganessian N.Yu. Dinamika psikhomotornykh protsessov bol'nykh shizofreniyey v tantseval'noy psikhoterapii s pozitsii neyropsikhologii [Dynamics of Psychomotor Processes in Patients with Schizophrenia in Dance Psychotherapy from the Position of Neuropsychology]. *Aktual'nye problemy voennoj psihiatrii* [Actual problems of military psychiatry]. 2011. 178 p. (In Russ.)
8. Oganessian N.Yu. Spetsificheskiye osobennosti «otzerkalivaniya» dvizheniy v tantseval'noy terapii shizofrenii [Specific features of «mirroring» movements in dance therapy for schizophrenia]. *Mezhdistsiplinarnyy podkhod k psikhicheskim rasstroystvam i ikh lecheniyu: mif ili real'nost'?* [An interdisciplinary approach to mental disorders and their treatment: myth or reality?]. Ed. N.G. Neznanova. St. Petersburg, 2014. 312–315. (In Russ.)
9. Oganessian N.Yu. Tantseval'no-dvigatel'naya psikhoterapiya [Dance movement psychotherapy] *Detskaya psikhoterapiya i meditsinskaya psikhologiya* [Child psychotherapy and medical psychology]. Ed. E.G. Eydemiller, M.Yu. Gorodnova, A.E. Tarabanov. St. Petersburg, 2022. 583–594. (In Russ.)
10. Ozeretskiy N.I., Gurevich M.O. Psikhomotorika [Psychomotor]. Moscow –Leningrad. 1930. (1):169; (2):174.
11. Adamkova M., Hatlova B. Psychomotor Therapy in the Treatment of Schizophrenia. University of J.E. Purkyne in Usti nad Labem, Czech Republic, 2012. 272 p.
12. Hirjak D., Thomann P.A., Kubera K.M., Wolf N.D., Sambataro F., Wolf R.C. Motor dysfunction within the schizophrenia-spectrum: A dimensional step towards an underappreciated domain. *Schizophrenia Research*. 2015. 169(1–3):217–233.
13. Oganessian N.Yu. Dance therapy as form of communication activating psychotherapy for schizophrenic patients. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. 2008. 3(2):97–107.
14. Ramos Valerio L.E. Metodika KMSE v dinamike antroposofskoy tantseval'noy psikhoterapii. Teoreticheskoye obosnovaniye. Sistema diagnostiki. Otsenka effektivnosti [KMSE methodology in the dynamics of anthroposophic dance psychotherapy. Theoretical justification. Diagnostic system. Efficiency mark]. *LAP LAMBERT Academic publishing*. 2019. 93.

Received 09.03.2023

For citing: Oganessian N.Y., Solovyeva E.N., Zhuraveva E.G. Neyromotornaya i tanceval'no-dvigatel'naya terapii v reabilitacii pacienta s boleznyu Pika (klinicheskij sluchaj). *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):33–43. (In Russ.)

Oganessian N.Y., Solovyeva E.N., Zhuraveva E.G. Neuromotorial and dance-movements therapeutics as a rehabilitation programm for patient with “Pica Disease” (Clinical case). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):33–43. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-33-43

Н.А. Власов^{1,2}

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТОРИИ ПСИХОТЕРАПИИ (Часть I)

¹ Российский государственный социальный университет
(Россия, Москва, ул. В. Пика, д. 4, стр. 1);

² Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина
(Россия, Москва, ул. Потешная, д. 3)

Актуальность. Полноценная история психотерапии остается на данный момент ненаписанной, хотя историография ближайших к ней дисциплин, психиатрии и психологии, представлена довольно хорошо. В силу того, что любая область человеческих знаний не может быть осмыслена без изучения своих корней, без рефлексии развития собственных представлений об изучаемой реальности, историописание генезиса теории и практики психологической помощи остается насущной задачей. Вместе с тем существует большое количество проблем в данной области, от решения которых зависит написание истории психотерапии.

Цель – выявление основных проблем истории психотерапии и предложение вариантов их решения.

Методология. Выполнен системный анализ пяти проблем истории психотерапии: проблем факта и его интерпретации, источника, метода, проблемы «точки отсчета» истории психотерапии и проблемы периодизации истории психотерапии.

Результаты и их анализ. Были проанализированы пять проблем истории психотерапии и предложены варианты их решения: проблема факта и его интерпретации (факт не как событие, а как утверждение о событии, субъективизм в интерпретации фактов, необходимость отражения в историографии различных точек зрения при толковании фактов), проблема источника (предложены такие источники истории психотерапии, как монографии, статьи и лекции классиков, справочная и учебная литература, руководства по психотерапии), проблема метода (предложено три группы методов изучения истории психотерапии: организационно-стратегические методы, методы получения и методы обработки и интерпретации данных), проблема «точки отсчета» истории психотерапии (выявлено восемь потенциально возможных «точек отсчета» истории психотерапии в зависимости от различных критериев), проблема периодизации истории психотерапии (представлен ряд критериев периодизации истории психотерапии, предложена схема ее деления на периоды, состоящая из двух эпох и пяти этапов развития).

Заключение. Недостаточная разработанность истории психотерапии, отсутствие консенсуса даже по базовым вопросам не позволяют предлагать решения указанных проблем как единственно возможные и безусловно правильные, однако их выявление можно считать первым шагом на пути к построению соответствующего нарратива. Хочется надеяться, что данная статья породит дискуссию на тему истории психотерапии среди специалистов и что в ходе нее решения указанных проблем будут найдены.

Ключевые слова: история психотерапии, исторический факт, метод, источник, периодизация истории психотерапии.

Введение

Любая область человеческой деятельности имеет свою историю, однако не любая из них озабочена ей. Естественным наукам в меньшей степени, чем социальным и гуманитарным, свойственна историческая саморефлексия. В исследованиях по биологии, физике и химии не принято проследивать историю изучения проблемы «от Адама до Потсдама»; «передний край» научно-технического прогресса в них практически полностью заслоняет собой прошлое.

Иная ситуация складывается в науках о человеке и обществе. «Хорошим тоном» при проведении исследования считается дать хотя бы небольшую историческую справку о предмете изучения, о том, как его теоретически осмыслили и методологически познавали ученые прошлых эпох; традиционным является обращение к мыслителям Античности (Платон, Аристотель, Демокрит и др.), Средневековья (У. Оккам, Ибн Сина, Ф. Аквинский и др.), Нового времени (Ф. Бэкон, Р. Декарт, Д. Юм и др.). Многие идеи в этих науках рассматриваются как неизменные, изменчивой представляется лишь их форма; они образуют непрерывную «цепь бытия» (А. Лавджой) [16], и любой гуманитарий, фокусируя свои исследовательские усилия на современной ему проблематике, должен обратить свой взор назад в поисках предложенных предшественниками вариантов ответов на интересующие его вопросы. Социальные и гуманитарные науки, таким образом, несут в себе заметный отпечаток историзма.

А что же психотерапия? Находясь на стыке медицины (как естественной дисциплины) и психологии (как дисциплины гуманитарной), она демонстрирует на удивление низкий уровень интереса к собственной истории. Исключением может служить, пожалуй, история отдельных ее направлений – психоанализа и гипноза [11, 12, 22]. Контраст этот становится особенно разительным, если учесть объем историографии психиатрии [1, 13, 1, 27] и психологии [10, 28, 30]. Причины такого положения дел могут быть различными, однако факт остается фактом: история

психотерапии не описана в должной мере. Этот тезис легко может быть подтвержден, если обратиться к ее историографии, – хватит, пожалуй, пальцев двух рук, чтобы перечислить основные отечественные [7, 8] и зарубежные [31, 32, 33] труды по этой теме. Из этого можно сделать вывод о том, что история психотерапии изучена слабо, существует большое количество пока не решенных проблем в данной области.

В двух статьях нами будут рассмотрены основные, на наш взгляд, проблемы истории психотерапии и описаны подходы к их решению: проблема факта и его интерпретации, проблема источника, проблема метода, проблема «точки отсчета» истории психотерапии, проблема периодизации истории психотерапии (часть I), проблема контекста развития психотерапии, проблема «забытых» методов психотерапии, проблема связи истории психотерапии с историей психиатрии и клинической психологии, проблема «локализации» истории психотерапии (часть II).

Проблема факта и его интерпретации в истории психотерапии

Обычно в истории под фактом понимается то или иное произошедшее событие. Однако после «лингвистического поворота» в социально-гуманитарных науках такая трактовка едва ли может быть признана адекватной. В силу того, что историческое событие провозглашается, устно или письменно, событием, следует считать фактом не само событие как таковое, а утверждение о нем. Например, фактом является утверждение: «В 1895 году З. Фрейд совместно с Й. Брейером опубликовал работу “Исследования истерии”».

Факт приобретает смысл тогда, когда за ним следует другой семантически связанный с ним факт, и между этими фактами может быть значительный временной промежуток. Философ науки А. Данто указывает, что факт А имеет смысл тогда, когда связывается с последующим за ним фактом Б [9]. Например, факт «Создатель психоанализа З. Фрейд

родился в 1856 году» может быть разложен на два факта: «З. Фрейд родился в 1856 году» и «создатель психоанализа»; при этом первый факт приобретает смысл лишь при наличии второго, так как если бы указанная персона не имела отношения к психоанализу, то все утверждение было бы ложным. Аналогично Вторая мировая война становится второй только по отношению к Первой мировой, которая в 1920–1930-е годы называлась «Великой войной» (“Great war”).

Таким образом, историк психотерапии, как и любой другой историк, смотрит на объект своего изучения с позиции «когда все уже случилось» – это позволяет рассматривать составляющие ее «микроистории» как завершённые периоды, смысл которых и необходимо определить. Вместе с тем следует помнить, что история – это всегда динамичный, изменяющийся процесс, не имеющий конца, а психотерапия – постоянно развивающаяся область теории и практики, поэтому историк психотерапии как бы все время «запаздывает», ибо, как известно, большое видится на расстоянии.

Отдельную трудность вызывает интерпретация факта в истории. Собственно, основные баталии разворачиваются как раз вокруг трактовки содержания и значимости тех или иных событий. Приведем два примера, иллюстрирующих различные подходы к интерпретации фактов в истории психотерапии.

Факт № 1: «В 1912 году произошел разрыв между З. Фрейдом и К.Г. Юнгом». Согласно одной интерпретации, которой придерживались сам Юнг и сторонники аналитической психологии, это было пусть и болезненное, но важное с точки зрения дальнейшего развития психотерапии событие, так как оно позволило возникнуть ее новому течению и указало на «слабые места» психоанализа; согласно другой интерпретации, которой придерживались Фрейд и его сторонники по ортодоксальному психоанализу, уход Юнга расценивался как предательство, «измена делу» глубинной психологии.

Факт № 2: «Начиная с 1930-х годов отечественная психотерапия развивалась в изоля-

ции от мировой». Согласно первой интерпретации, сторонниками которой являлись М.С. Лебединский, В.Е. Рожнов и другие апологеты советской психотерапии, этот факт оценивался положительно, так при рассмотрении этой проблемы пользовались в основном идеологической «оптикой», под действием которой все западное превращалось в «буржуазное», «идеалистическое», «вульгарно-материалистическое», «реви-зионистское» и т.п. Вторая интерпретация, представленная в работах современных отечественных ученых, таких как В.В. Макаров, М.М. Решетников и др., расценивает изоляцию отечественной психотерапии от мировой как крупную ошибку, нанесшую ей вред и заставившую последние 30 лет активно наверстывать то, что за рубежом было сделано почти за век.

Как можно видеть из этих двух примеров, интерпретации одного и того же факта могут быть диаметрально противоположными, что, естественно, затрудняет составление единой и непротиворечивой истории психотерапии. Решением этой проблемы может быть отражение в историографии психотерапии различных позиций при толковании фактов.

Проблема источника

Как известно, в исторической науке под источником понимается материальный или нематериальный объект, несущий в себе след прошлого. Это может быть текст, вещь, кино- и фотодокументы, устные источники, сооружения и т.п. Источник становится источником тогда, когда к нему обращается историк, и одной из основных задач ученого является необходимость «разговорить» объект своего интереса.

В силу того, что история психотерапии по сути представляет собой разновидность интеллектуальной истории или истории мысли, основными источниками для нее служат тексты:

- монографии и статьи представителей различных течений терапии, в которых в результате систематической исследовательской работы в обобщенном виде представлены их

идеи, например: «Толкование сновидений» З. Фрейда [26], «Когнитивная терапия депрессии» А. Бека [2];

- лекции представителей различных течений терапии, изданные в качестве отдельных книг, например: «Введение в психоанализ» З. Фрейда [25], «Гештальт-семинары» Ф. Перлза [18];

- справочная литература (словари, справочники и энциклопедии), отражающие представления о психотерапии на момент своей публикации и имеющие, помимо источниковедческой ценности, историографическое значение, например: «Психотерапевтическая энциклопедия» под ред. Б.Д. Карвасарского [20], «Психотерапия. Справочник практического психолога» С.Л. Соловьевой [21];

- учебники и руководства по психотерапии, тоже отражающие представления о психотерапии на момент своей публикации, например: «Руководство по психотерапии» под ред. В.Е. Рожнова [23], «Психотерапия, внушение, гипноз» А.П. Слободяника [24].

Таким образом, круг источников по истории психотерапии довольно широк, и на данный момент, в отличие от характеризовавшегося нехваткой материала для подобных штудий советского времени, наблюдается картина избытка источников, особенно на Западе, что требует от исследователя навыка отбора наиболее репрезентативных текстов.

Еще одним немаловажным аспектом изучения источников по истории психотерапии является то, что многие работы в ней создавались с точки зрения противостояния идей. Так, А. Адлер, К.Г. Юнг, О. Ранк и другие противостояли З. Фрейду, представители краткосрочных направлений терапии (Дж. Вольпе, А. Бек, Дж. Хейли, М. Эриксон и др.) – представителям долгосрочных (З. Фрейд, К. Роджерс, Ф. Перлз и др.), апологеты психотерапии в СССР (М.С. Лебединский, А.П. Слободяник и др.) – сторонникам зарубежным подходов (З. Фрейд, Э. Фромм и др.). С одной стороны, дискуссии, в том числе и заочные, как это видно на примере истории советской психотерапии, представляют интерес для исследователя; с другой стороны, исследо-

ватель должен, руководствуясь принципом объективности и непредвзятости, избегать принимать чью-либо сторону в этих спорах, оставаясь как бы над схваткой. Только тогда он сможет остаться в научных рамках.

Проблема метода

Метод, как известно, является путем исследования. Методология, то есть учение о путях научного познания, включает в себя как предмет (что изучать?), так и собственно методы (как изучать?). В силу того, что методология истории психотерапии разработана явно в недостаточной степени, на наш взгляд, можно использовать для изучения процесса развития теории и практики психологической помощи методологию истории психологии (с учетом, конечно, специфики психотерапевтического знания), наиболее полно описанную в трудах В.А. Кольцовой [15]. При изучении истории психотерапии методы могут быть разделены на три группы: организационно-стратегические, методы получения данных и методы обработки и интерпретации данных. К первой группе можно отнести:

- метод системного анализа – целостное исследование многоуровневой и многоаспектной системы психотерапии с точки зрения детерминант ее развития;

- метод комплексного анализа – рассмотрение генезиса психотерапии с точки зрения различных дисциплин: медицины, психологии, философии, социологии и др.;

- сравнительно-исторический метод – выявление сходств и различий разных направлений психотерапии в ходе ее развития.

К методам получения данных по истории психотерапии можно отнести:

- библиографический метод – сбор и систематизация материалов (источников) по истории психотерапии;

- биографический метод – раскрытие персоналистического аспекта истории психотерапии;

- методы исследования логико-предметного аспекта истории психотерапии: категориальный (изучение устойчивых ком-

понентов психотерапевтического знания) и семантический (трансформация значения определенных понятий в ходе генезиса психотерапии) анализ;

- методы исследования социального аспекта истории психотерапии: культурологический (как влияние культуры на становление и развитие психотерапии, так и обратное воздействие) и исторический событийный (влияние хода социально-политической истории на историю психотерапии) анализ;

- метод разработки периодизации исторического процесса психотерапии.

К методам обработки и интерпретации полученных данных относят:

- качественные методы обработки данных: метод «обоснованной теории» (нематематическая аналитическая процедура, опирающаяся на собранные различными способами и тщательно кодированные данные) и герменевтический (понимание текстов в ходе движения от частного к целому и обратно) и другие методы;

- количественные методы обработки данных: контент-анализ (анализ текстов по психотерапии с целью последующей содержательной интерпретации выявленных числовых закономерностей) и наукометрический анализ (изучение процесса развития психотерапии через призму анализа количества научных статей и монографий, опубликованных в определенный период времени, цитируемость авторов и их работ и т.п.);

- методы интерпретации полученных данных: социально-культурный (рассмотрение истории психотерапии в более широком социально-историческом контексте, определение степени и содержания влияния общества на психотерапию и психотерапии на общество), историко-генетический (рассмотрение теории и практики психотерапии в ее развитии, выделение стадий и этапов ее становления, динамики изменения структурного строения), историко-типологический (проведение систематизации различных аспектов и сторон психотерапии, установление сущностных связей между ними с целью выявления общности многообразных единичных явлений и объединения их в груп-

пы на основании определенных критериев) и сравнительно-исторический.

Только применение столь широкого, пусть и не всегда в полном объеме, методического инструментария позволит полноценно изучить историю психотерапии.

Проблема «точки отсчета» истории психотерапии

Проблема «точки отсчета», то есть начала истории, отмечается и у «родителей» психотерапии – медицины и психологии. Не совсем ясно, каким должен быть критерий, позволяющий исследователю утверждать, что с этого момента и в этом месте возникла психотерапия.

Можно, например, трактовать психотерапию расширительно – как теорию и практику психологической помощи человеку, и тогда «точка отсчета» затеряется во тьме веков и, по всей видимости, будет связана с шаманизмом и колдовскими практиками седой древности.

Можно поискать «точку отсчета» в более сложных и четко оформленных религиозных системах египетского, вавилонского и греко-римского времени или даже в средневековом христианстве; в этом случае психотерапия может «родиться» в промежутке от нескольких тысяч лет до нашей эры до первого тысячелетия нашей эры.

Можно отринуть религиозную психотерапию как метафизическую и опереться на практику психологической помощи на основе античной философии, например стоицизма (Эпиктет, М. Аврелий, Л. Сенека и др.), как это делает А. Эллис [29]. В этом случае «точка отсчета» истории психотерапии будет находиться в шестисотлетнем промежутке (примерно три века до нашей эры и три века после).

Можно продолжить эту антиметафизическую линию и поискать «точку отсчета» психотерапии в эпохе Просвещения и связать ее с деятельностью Ф.А. Месмера, который одним из первых предложил рассматривать лечебное трансное состояние с научной, пусть и объявленной потом лженаучной, точки зрения (магнетизм, теория флюида). В этом

случае психотерапия могла «родиться» в Австрии или во Франции во второй половине XVIII века.

Можно продолжить движение к настоящему времени и опереться на более научные представления о гипнозе, сформулированные в рамках английской (Дж. Эсдейл, Дж. Брейд и др.) и французской (И. Бернгейм, Ж.-М. Шарко, О. Льебо и др.) школ, рассматривавших гипноз как разновидность сна и как состояние повышенной внушаемости. В этом случае «точка отсчета» истории психотерапии сместится на середину – вторую половину XIX века.

Можно объявить все вышеперечисленные точки зрения «квазипсихотерапевтическими» или «протопсихотерапевтическими» и назвать первой полноценной моделью психотерапии психоанализ З. Фрейда, ведь именно он первым предложил все основные ее составляющие: концепцию нормы и патологии, теорию личности, теорию психотерапевтического процесса и отношений в диаде терапевт – клиент [19]. В этом случае «точка отсчета» истории психотерапии сдвигается на рубеж XIX и XX веков.

Можно, вооружившись позитивистской «оптикой», заявить, что психоанализ является не научной теорией, а учением, своего рода верой, так как его положения невозможно проверить экспериментальным путем, и утверждать, что «настоящая», то есть научная, психотерапия началась лишь в середине XX века, когда в Южной Африке и Великобритании возникла поведенческая терапия (Дж. Вольпе, А. Лазарус и др.).

Можно продолжить упорствовать и сказать, что психотерапия – это не сухая наука, а искусство постижения природы бытия и оказания помощи человеку на основе феноменологического подхода, и в этом случае «точкой отсчета» ее истории все равно будет середина XX века, однако «повивальными бабками» станут другие люди, такие как К. Роджерс, Ф. Перлз и В. Франкл.

Как мы можем видеть, «точки отсчета» истории психотерапии могут быть весьма различными и зависеть в значительной степени от позиции исследователя.

Проблема периодизации истории психотерапии

Сложно представить себе историю чего-либо без соответствующей периодизации: одной из основных задач любого историка заключается в выделении определенных этапов в развитии интересующих его феноменов. Однако в случае истории психотерапии дело обстоит именно так. На данный момент общепринятой периодизации развития истории психотерапии нет, что невыгодно отличает ее от обладающих весьма разработанной периодизацией истории психологии [10, 17] и психиатрии [13]. Решение этой проблемы, как нам видится, требует определения критериев демаркации одних этапов в развитии теории и практики психологической помощи от других. С этой точки зрения можно выделить два основных критерия: критерий научности (религиозная и научная психотерапия), являющийся более общим, и критерий теоретико-практической специфичности (этапы развития психотерапии с точки зрения формирования новых и эволюции старых моделей нормы и патологии, теорий психотерапевтического процесса и отношений в диаде терапевт – клиент, в ряде подходов дополненных теориями личности), являющийся более частным.

Одной из важных особенностей истории психотерапии является то, что каждый предыдущий этап ее развития не сменяется, а дополняется другим: так, если в физике и астрономии геоцентрическая модель мира сменилась гелиоцентрической и как бы была «отменена», то, например, религиозная (метафизическая) психотерапия не просто не была заменена научной, а существовала и существует параллельно ей и даже интегрируется с ней (трансперсональный подход, христианская психотерапия).

На основании вышеперечисленных критериев и с учетом идеи о дополняемости этапов развития психотерапии предлагаем периодизацию ее истории, состоящую из двух эпох (донаучной и научной), в которые включены пять этапов ее развития: этап религиозной психотерапии, этап гипноте-

рапии, этап психоаналитической терапии, этап интенсивного становления новых школ психотерапии, этап интеграции школ психотерапии. Рассмотрим их более подробно.

Эпоха донаучной психотерапии. В эту эпоху психологическая помощь оказывалась в рамках различных религиозных систем шаманами, жрецами, колдунами и другими служителями культов [3, 14]. Соответственно, на эту эпоху приходится один этап развития психотерапии по нашей периодизации – *этап религиозной психотерапии* (от древнейших времен возникновения религиозных верований и практик до настоящего времени). Хотя таких психотерапевтических систем в этот период возникло довольно много (шаманизм, учения Будды, Христа, Магомета и др.), всех их объединяет идеалистическое мировоззрение, в рамках которого признается наличие бессмертной души, «психопатология» понимается как результат ее «поломки» (сглаз, порча, греховность, обуреваемость страстями и др.), а сама терапия представляет собой процесс «починки» души (колдовские обряды, посты, молитвы, медитации и др.) при обязательном участии высших сил и посредничестве соответствующего специалиста (знахаря, шамана, священника и др.).

Эпоха научной психотерапии предполагает отказ от метафизических объяснений природы психики и личности, нормы и патологии, психотерапевтического процесса и отношений в диаде терапевт – клиент, предлагая взамен секулярные, основанные на науке Нового и Новейшего времени модели указанных явлений. Соответственно, осуществлять ее призваны уже не служители культов, а подготовленные на основе естественнонаучного и социально-гуманитарного мировоззрений специалисты – врачи и психологи. При этом, как отмечалось выше, религиозная психотерапия продолжала и продолжает существовать, уступив, однако, свою монополию другим направлениям психологической помощи. На данную эпоху истории психотерапии пришлось этап становления гипноза, психоанализа, активного формирования новых школ психотерапии и интеграции школ психотерапии.

Этап гипнотерапии (середина XVIII века – н. в.). Гипноз был доминирующим направлением научной психотерапии с середины XVIII века до начала XX столетия и остается одним из влиятельных направлений психологической помощи в настоящее время. Хотя лечение при помощи транса известно с древнейших времен [3, 6], именно Ф.А. Месмер в рамках теории магнетизма первым предложил рассматривать этот тип лечения не с метафизических, а с научных (правда, потом стало ясно, что с псевдонаучных) позиций. Наиболее влиятельные направления гипнотерапии были разработаны в рамках месмеризма (Ф.А. Месмер, Ш. де Пьюсегюр), английской (Дж. Эсдейл, Дж. Брейд), французской (О. Льебо, Ж.-М. Шарко, И. Бернгейм), отечественной (В.М. Бехтерев, П.И. Буль, В.Е. Рожнов) и эриксоновской (М. Эриксон, Э. Росси) школ. После периода упадка интереса к гипнозу на Западе, в силу доминирования психоанализа в первой половине XX века, произошло его «возрождение» в 1960–1980 годах, и на данный момент он сохраняет прочные позиции во многих странах мира и рекомендуется ВОЗ как один из ведущих методов психотерапии.

Этап психоаналитической терапии (начало XX века – н. в.). Психоанализ был доминирующей школой психотерапии с начала до середины XX века и остается одним из влиятельных направлений психологической помощи по настоящее время. Хотя «Исследования истерии» были опубликованы еще в 1895 году, лишь после публикаций «Толкования сновидений» (1900) и особенно «Психопатологии обыденной жизни» (1901) З. Фрейд стал заметной фигурой в психотерапии. Оттеснив гипноз на периферию психологической помощи и в психофизиологические лаборатории, он смог добиться того, чтобы его теория стала ведущей в области психологической помощи почти на столетие. Многочисленные расколы и ревизии психоанализа привели к возникновению при жизни Фрейда и вскоре после его смерти многочисленных направлений, объединяемых под общим именованием «психодинамической терапии»: индивидуальная (А. Ад-

лер) и аналитическая (К.Г. Юнг) психология, теория объектных отношений (М. Кляйн), интерперсональное (Г.С. Салливан), гуманистическое (Э. Фромм), лакановское (Ж. Лакан) течение и многие другие. В настоящее время продолжают существовать не только более «молодые» направления психоанализа, но и его изначальная, ортодоксальная ветвь.

Этап интенсивного становления новых школ психотерапии (1950 – н.в.). Наиболее бурный рост количества психотерапевтических школ пришелся на первые 20 лет второй половины XX века, то есть примерно с начала 1950-х годов по конец 1960-х, однако этот процесс, пусть и в более размеренном темпе, продолжается и в настоящее время. Разочарование в теоретической (основные

положения психоанализа невозможно проверить строго эмпирическими, принятыми под влиянием позитивизма методами эксперимента и систематического наблюдения) и практической (достаточно малочисленные в то время исследования эффективности психоанализа были не в его пользу) значимости психодинамического подхода при перманентно возрастающем социальном запросе на психотерапию после окончания Второй мировой войны на Западе породили возникновение новых ее направлений. Именно в эти годы появляются течения, базирующиеся на различных философских, теоретических и методологических основаниях: поведенческое (систематическая десенсибилизация Дж. Вольпе,

Эпоха	Этап	Основные направления и представители
Донаучная	Религиозная психотерапия (ок. 10000 лет до н.э. – н.в.)	Шаманизм, знахарство, колдовство, религиозные системы буддизма, христианства, ислама и др.
Научная	Гипнотерапия (середина XVIII века – н.в.)	Месмеризм (Ф.А. Месмер, Ш. де Пьюсегюр), английская (Дж. Эсдейл, Дж. Брейд), французская (О. Льебо, Ж.-М. Шарко, И. Бернгейм), отечественная (В.М. Бехтерев, П.И. Буль, В.Е. Рожнов), эриксоновская (М. Эриксон, Э. Росси) и др. школы гипноза
	Психоаналитическая психотерапия (начало XX века – н.в.)	Ортодоксальный психоанализ (З. Фрейд), индивидуальная (А. Адлер) и аналитическая (К.Г. Юнг) психология, теория объектных отношений (М. Кляйн), интерперсональное (Г.С. Салливан), гуманистическое (Э. Фромм), лакановское (Ж. Лакан) направление и др. психодинамические течения
	Интенсивное становление новых школ психотерапии (1950 – н.в.)	Поведенческое (систематическая десенсибилизация Дж. Вольпе, импловивная терапия Т. Стэмплфа), когнитивистское (рационально-эмотивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивная терапия А. Бека), гуманистическое (клиент-центрированная терапия К. Роджерса, гештальт-терапия Ф. Перлза), экзистенциальное (логотерапия В. Франкла, дазайн-анализ М. Босса), системно-стратегическое (Дж. Хейли, П. Вацлавик) и иные направления психотерапии
	Интеграция школ психотерапии (1970 – н.в.)	Трансперсональное направление (холотропная терапия С. Грофа, процессуально-ориентированная психология А. Минделла), когнитивно-поведенческая терапия 3-й волны (схемная терапия Дж. Янга, диалектическая бихевиоральная терапия М. Линехан), конструктивистское направление (ориентированная на решение краткосрочная терапия С. де Шейзера и И.К. Берг, нарративная терапия М. Уайта и Д. Эпстона), нейролингвистическое программирование (Р. Бэндлер, Дж. Гриндер), метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (Ф. Шапиро), окончательное оформление «союза» когнитивного и поведенческого подходов и др.

импозивная терапия Т. Стэмплфа), когнитивистское (рационально-эмотивно-поведенческая терапия А. Эллиса, когнитивная терапия А. Бека), гуманистическое (клиент-центрированная терапия К. Роджерса, гештальт-терапия Ф. Перлза), экзистенциальное (логотерапия В. Франкла, дазайн-анализ М. Босса), системно-стратегическое (Дж. Хейли, П. Вацлавик) [4]. Все перечисленные направления психотерапии продолжают существовать в настоящее время.

Этап интеграции школ психотерапии (1970 – н. в.). Активная дивергенция психотерапевтических школ на предыдущем этапе сменилась более спокойным ростом количества ее новых направлений, а также явной тенденцией к интеграции в последней трети XX века. Интегративные процессы в это время были трех основных видов: сближение «западной» (рационалистической, «логоцентричной») и «восточной» (духовной) психотерапии; сближение психотерапии и некоторых западных философских учений второй половины XX века; конвергенция различных течений психотерапии. Примерами первого типа интеграции может служить появление трансперсонального направления (холотропная терапия С. Грофа, процессуально-ориентированная психология А. Минделла) и когнитивно-поведенческой терапии 3-й волны (схемная терапия Дж. Янга, диалектическая бихевиоральная терапия М. Линехан). Сближение психотерапии и некоторых западных философских учений второй половины XX века может быть проиллюстрировано возникновением конструктивистского подхода в терапии (ориентированная на решение краткосрочная терапия С. де Шейзера и И.К. Берг, нарративная терапия М. Уайта и Д. Эпстона), на зарождение и становление которого оказало заметное влияние причудливая смесь аналитического, конструктивистского и постмодернистского направлений философии. В процессе же конвергенции различных течений психотерапии возникли нейролингвистическое программирование (Р. Бэндлер, Дж. Гриндер), метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (Ф. Шапиро), окончательно оформился

«союз» когнитивного и поведенческого подходов [4, 5]. Все указанные направления психотерапии продолжают существовать и активно развиваться в наше время.

Предложенная нами периодизация истории психотерапии кратко представлена в таблице.

Заключение

В рамках данной статьи были рассмотрены проблемы факта и его интерпретации, источника, метода, проблемы «точки отсчета» и периодизации истории психотерапии.

Было показано, что факт в истории психотерапии необходимо рассматривать не как событие, а как утверждение о произошедшем событии; на двух примерах была продемонстрирована проблема интерпретации фактов и того, насколько она зависит от субъективных предпочтений интерпретатора. Решением этой проблемы может быть отражение в историографии психотерапии различных позиций при толковании фактов. В качестве решения проблемы источника были предложены основные его основные виды (монографии, статьи и лекции представителей различных течений терапии, справочная и учебная литература, руководства). Для решения методологических проблем истории психотерапии был продемонстрирован широкий арсенал различных методов историко-психологического исследования (организационно-стратегические, методы получения, обработки и интерпретации данных).

Решение проблемы «точки отсчета» истории психотерапии остается «в подвешенном» состоянии, так как в профессиональном сообществе психотерапевтов есть разные позиции по данному вопросу; однако, на наш взгляд, начало истории психотерапии, как это принято в истории психиатрии и психологии, надо отсчитывать с древнейших времен. Нами был предложен вариант периодизации истории психотерапии, состоящий из двух эпох (донаучная и научная) и пяти этапов (религиозная психотерапия, гипнотерапия, психоаналитическая психо-

терапия, интенсивное становление новых школ психотерапии, интеграция школ психотерапии), причем было показано, что пять выделенных периодов не сменяли друг друга, а как бы накладывались один на другой, в силу чего сегодня наравне с такими научно обоснованными подходами, как гипнотерапия и когнитивно-поведенческая терапия, существуют религиозные практики психологической помощи человеку.

Явно недостаточно разработанная тема истории психотерапии, отсутствие консенсуса даже по базовым вопросам не позволяют нам предлагать решения указанных проблем

как единственно возможные и безусловно правильные. Хочется надеяться, что данная статья породит дискуссию на тему истории психотерапии среди специалистов и что в ходе нее будут найдены решения указанных проблем.

В планируемой нами второй части работы будут рассмотрены еще четыре проблемы в данной области: проблема контекста развития психотерапии, проблема «забытых» методов психотерапии, проблема связи истории психотерапии с историей психиатрии и клинической психологии, проблема «локализации» истории психотерапии.

Литература

1. Александровский Ю.А. История отечественной психиатрии. Том 1. Усмирение и признание. М.: Городец, 2020. 416 с.
2. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
3. Власов Н.А. Историко-психологический анализ социальных представлений о гипнозе в Древнем мире // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2022. № 1 (43). С. 24–32.
4. Власов Н.А. Краткосрочная психотерапия тревожных расстройств. М.: Психотерапия, 2019. 376 с.
5. Власов Н.А. Руководство по EMDR/ДПДГ. М.: Институт консультирования и системных решений, 2020. 512 с.
6. Власов Н.А. Социальные представления о гипнозе в Средние века и эпоху Возрождения // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2022. № 2 (44). С. 28–34.
7. Гриншпун И.Б. История психотерапии. Лекция 1. Введение в историю психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 2 (86). С. 175–207.
8. Гриншпун И.Б. История психотерапии. Лекция 2. Предыстория психотерапии (часть I) // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 3 (87). С. 161–182.
9. Данто А. Аналитическая философия истории. М.: Идея-Пресс, 2002. 376 с.
10. Ждан А.Н. История психологии: от Античности до наших дней. М.: Академический проект, 2004. 576 с.
11. Зарецки Э. Тайны души. Социальная и культурная история психоанализа. М.: Новое литературное обозрение, 2023. 624 с.
12. Кандель Э. Век самопознания. Поиски бессознательного в искусстве и науке с начала XX века до наших дней. М.: Corrus, 2016. 720 с.
13. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: Академический проект, 2019. 426 с.
14. Козлов В.В., Карамышев А.А. Онтология шаманизма. М.: Москва, 2023. 464 с.
15. Кольцова В.А. История психологии: Проблемы методологии. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. 512 с.
16. Лавджой А.О. Великая цепь бытия. М.: Дом интеллектуальной книги, 2001. 376 с.
17. Марцинковская Т.Д. История психологии. М.: Академия, 2004. 538 с.
18. Перлз Ф. Гештальт-семинары. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2007. 352 с.
19. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Пособие для специалистов в области психотерапии и психологии. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 384 с.
20. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006. 944 с.
21. Психотерапия: новейший справочник практического психолога / сост. С.Л. Соловьева. М.: АСТ, 2005. 704 с.
22. Рожнов В.Е., Рожнова М.А. Гипноз от древности до наших дней. М.: Сов. Россия, 1987. 304 с.
23. Руководство по психотерапии / под ред. В.Е. Рожнова. Ташкент: Медицина, 1979. 620 с.
24. Слободяник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. Киев: Здоров'я, 1977. 480 с.
25. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. СПб.: Питер, 2022. 384 с.
26. Фрейд З. Толкование сновидений. М.: Азбука, 2023. 512 с.
27. Фуко М. Рождение клиники. М.: Академический проект, 2014. 263 с.
28. Хант М. История психологии. М.: АСТ, 2009. 864 с.

29. Эллис А., Макларен К. Рационально-эмоциональная поведенческая терапия. Ростов-н/Д.: Феникс, 2008. 160 с.
30. Ярошевский М.Г. История психологии. М.: Мысль, 1966. 568 с.
31. Cushman P. *Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History of Psychotherapy*. Boston: Da Capo Press, 1996. 449 p.
32. *History of Psychotherapy. A Century of Change* / ed. D.K. Freedheim. New York: American Psychological Association, 1993. 911 p.
33. Morgan J.H. *Clinical Psychotherapy: A History of Theory and Practice*. Levering: Wyndham Hall Press, 2021. 398 p.

Поступила 27.06.2023 г.

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

Для цитирования: Власов Н.А. Основные проблемы истории психотерапии (часть I) // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 44–56. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-44-56

N.A. Vlasov

The main problems of the history of psychotherapy (part I)

Russian University of State for Social (4, p. 1, W. Pika Str., Moscow, Russia);
Psychiatric Hospital N 4 named after P.B. Gannushkin (3, Poteshnaya Str., Moscow, Russia)

✉ Nikita Anatolievich Vlasov – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of Department of Psychology, Conflictology and Behavioral Sciences, Russian University of State for Social (4, p. 1, W. Pika Str., Moscow, 129226, Russia); medical psychologist, Psychiatric Hospital No.4 named after P.B. Gannushkin (3, Poteshnaya Str., Moscow, 107076, Russia); e-mail: VlasovNA@rgsu.net

Abstract

Relevance. The full history of psychotherapy remains unwritten at the moment, although the historiography of the related disciplines, psychiatry and psychology, is presented quite well. Due to the fact that any area of human knowledge cannot be comprehended without studying its roots, without reflecting on the development of its own ideas about the reality being studied, the historical description of the genesis of the theory and practice of psychological assistance remains an essential task. At the same time, numerous challenges exist in this domain, which must be addressed to facilitate the writing of the history of psychotherapy.

Intention: to identify the main problems of the history of psychotherapy and offer solutions to them.

Methodology. A systematic analysis was conducted to examine five problems in the history of psychotherapy: the problems of fact and its interpretation, sources, methodology, the “starting point” of psychotherapy history, and periodization of psychotherapy history.

Results and their analysis. Five problems of the history of psychotherapy were analyzed and solutions were proposed: the problem of fact and its interpretation (the fact is not as an event, but as a statement about the event, subjectivism in the interpretation of facts, the need to reflect different points of view in the interpretation of facts in historiography), the problem of the source (monographs, articles and lectures of classic scientists, reference and educational literature, manuals on psychotherapy were proposed as sources of the history of psychotherapy), the problem of the method (three groups of methods for studying of history of psychotherapy are proposed – organizational and strategic methods, methods of obtaining and methods of processing and interpreting data), the problem of the “starting point” of the history of psychotherapy (eight potentially possible “starting point” of

the history of psychotherapy have been identified, depending on various criteria), the problem of the periodization of the history of psychotherapy (a number of criteria for the periodization of the history of psychotherapy are presented, a scheme of its division into periods is proposed, consisting of two epochs and five stages of development).

Conclusion. The insufficient development of the history of psychotherapy and the lack of consensus on even fundamental questions hinder the proposition of singularly possible and unequivocally correct solutions to the identified problems. Nevertheless, identifying these challenges represents the first step toward constructing an appropriate narrative. It is hoped that this article will stimulate discussions among specialists regarding the history of psychotherapy and lead to the discovery of solutions for the mentioned problems.

Keywords: history of psychotherapy, historical fact, method, source, periodization of the history of psychotherapy.

References

1. Aleksandrovskij Ju.A. Istorija otechestvennoj psichiatrii [The history of Russian psychiatry]. Vol. 1. Usmirenje i prizrenie [Pacification and Vision]. Moscow. 2020. 416 p. (In Russ.)
2. Bek A., Rash A., Sho B., Jemeri G. Kognitivnaja terapija depressii [Cognitive therapy for depression]. St. Petersburg. 2003. 304 p. (In Russ.)
3. Vlasov N.A. Istoriko-psihologicheskij analiz social'nyh predstavlenij o gipnoze v Drevnem mire [Historical and psychological analysis of social ideas about hypnosis in the Ancient world]. *Chelovecheskij faktor: Social'nyj psiholog* [Human factor: Social Psychologist]. 2022; 1(43): 24–32. (In Russ.)
4. Vlasov N.A. Kratkosrochnaja psihoterapija trevozhnyh rasstrojstv [Short-term psychotherapy of anxiety disorders]. Moscow. 2019. 376 p. (In Russ.)
5. Vlasov N.A. Rukovodstvo po EMDR/DPDG [Guide to EMDR/DPDG]. Moscow. 2020. 512 p. (In Russ.)
6. Vlasov N.A. Social'nye predstavlenija o gipnoze v Srednie veka i jepohu Vozrozhdenija [Social ideas about hypnosis in the Middle Ages and the Renaissance]. *Chelovecheskij faktor: Social'nyj psiholog* [Human factor: Social Psychologist]. 2022; 2(44):28–34. (In Russ.)
7. Grinshpun I.B. Istorija psihoterapii. Lekcija 1. Vvedenie v istoriju psihoterapii [History of psychotherapy. Lecture 1. Introduction to the history of psychotherapy]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Consultative psychology and psychotherapy]. 2015; 2(86):175–207. (In Russ.)
8. Grinshpun I.B. Istorija psihoterapii. Lekcija 2. Predistorija psihoterapii (chast' I) [History of psychotherapy. Lecture 2. Prehistory of psychotherapy (part I)]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Consultative psychology and psychotherapy]. 2015; 3(87):161–182. (In Russ.)
9. Danto A. Analiticheskaja filosofija istorii [Analytical philosophy of History]. Moscow. 2002. 376 p. (In Russ.)
10. Zhdan A.N. Istorija psihologii: ot Antichnosti do nashih dnei [History of psychology: from Antiquity to the present day]. Moscow. 2004. 576 p. (In Russ.)
11. Zarecki Je. Tajny dushi. Social'naja i kul'turnaja istorija psihoanaliza [Secrets of the soul. Social and cultural history of psychoanalysis]. Moscow. 2023. 624 p. (In Russ.)
12. Kandel' Je. Vek samopoznanija. Poiski bessoznatel'nogo v iskusstve i nauke s nachala XX veka do nashih dnei [The Age of self-knowledge. The search for the unconscious in art and science from the beginning of the XX century to the present day]. Moscow. 2016. 720 p. (In Russ.)
13. Kannabih Ju.V. Istorija psichiatrii [History of psychiatry]. Moscow. 2019. 426 p. (In Russ.)
14. Kozlov V.V., Karamyshev A.A. Ontologija shamanizma [Ontology of shamanism]. Moscow. 2023. 464 p. (In Russ.)
15. Kol'cova V.A. Istorija psihologii: Problemy metodologii [History of psychology: Problems of methodology]. Moscow. 2008. 512 p. (In Russ.)
16. Lavdzhoj A.O. Velikaja cep' bytija [The Great Chain of Being]. Moscow. 2001. 376 p. (In Russ.)
17. Marcinkovskaja T.D. Istorija psihologii [History of psychology]. Moscow. 2004. 538 p. (In Russ.)
18. Perlz F. Geshtal't-seminary [Gestalt seminars]. Moscow. 2007. 352 p. (In Russ.)
19. Prohazka Dzh., Norkross Dzh. Sistemy psihoterapii. Posobie dlja specialistov v oblasti psihoterapii i psihologii [Systems of psychotherapy. Handbook for specialists in the field of psychotherapy and psychology]. St. Petersburg. 2005. 384 p. (In Russ.)
20. Psihoterapevticheskaja jenciklopedija [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskogo. St. Petersburg. 2006. 944 p. (In Russ.)
21. Psihoterapija: novejšij spravochnik praktičeskogo psihologa [Psychotherapy: the latest handbook of a practical psychologist]. Ed. S.L. Solov'eva. Moscow. 2005. 704 p. (In Russ.)
22. Rozhnov V.E., Rozhnova M.A. Gipnoz ot drevnosti do nashih dnei [Hypnosis from antiquity to the present day]. Moscow. 1987. 304 p. (In Russ.)

23. Rukovodstvo po psihoterapii [Manual of psychotherapy]. Ed. V.E. Rozhnova. Tashkent. 1979. 620 p. (In Russ.)
 24. Slobodjanik A.P. Psihoterapija, vnushenie, gipnoz [Psychotherapy, suggestion, hypnosis]. Kiev. 1977. 480 p. (In Russ.)
 25. Frejd Z. Vvedenie v psihoanaliz. Lekcii [Introduction to psychoanalysis. Lectures]. St. Petersburg. 2022. 384 p. (In Russ.)
 26. Frejd Z. Tolkovanie snovidenij [Interpretation of dreams]. Moscow. 2023. 512 p. (In Russ.)
 27. Fuko M. Rozhdenie kliniki [The birth of the clinic]. Moscow. 2014. 263 p. (In Russ.)
 28. Hant M. Istorija psihologii [History of psychology]. Moscow. 2009. 864 p. (In Russ.)
 29. Jellis A., Maklaren K. Racional'no-jemocional'naja povedencheskaja terapija [Rational-emotional behavioral therapy]. Rostov-na-Donu. 2008. 160 p. (In Russ.)
 30. Jaroshevskij M.G. Istorija psihologii [History of psychology]. Moscow. 1966. 568 p. (In Russ.)
 31. Cushman P. Constructing the Self, Constructing America: A Cultural History Of Psychotherapy. Boston : Da Capo Press, 1996. 449 p.
 32. History of psychotherapy. A century of change. Ed. D.K. Freedheim. New York : American Psychological Association, 1993. 911 p.
 33. Morgan J.H. Clinical Psychotherapy: A History of Theory and Practice. Levering : Wyndham Hall Press, 2021. 398 p.
-

Received 27.06.2023

For citing: Vlasov N.A. Osnovnye problemy istorii psihoterapii (chast' I). *Vestnik psihoterapii*. 2023; (86):44–56. (In Russ.)

Vlasov N.A. The main problems of the history of psychotherapy (part I). *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):44–56. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-44-56

М.В. Яковлева¹, В.В. Макеенко², А.А. Краснов³

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТКИ, ПЕРЕНЕСШЕЙ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

¹ Якутский республиканский психоневрологический диспансер (Россия, Якутск, ул. Котенко, д. 14);

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6);

³ Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2)

Актуальность определяется широким распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Влияние этой инфекции на течение других заболеваний только изучается. Очень важным для практической деятельности остается вопрос проведения дифференциальной диагностики между злокачественным нейролептическим синдромом и фебрильной шизофренией.

Цель – провести анализ клинического случая злокачественного нейролептического синдрома на фоне фебрильной шизофрении у пациентки, перенесшей COVID-19.

Материалы и методы. Использованы клиничко-архивный и клиничко-катамнестический методы исследования. По данным истории болезни представлена пациентка, перенесшая COVID-19, у которой развился злокачественный нейролептический синдром на фоне фебрильной шизофрении. Представлен катамнез через 12 мес.

Результаты и их анализ. Манифестация психического расстройства в данном клиническом случае произошла на фоне обострения герпетической вирусной инфекции. На фоне выраженного болевого синдрома стали появляться первые его проявления: выраженная тревога, сниженный фон настроения, снижение аппетита, ипохондричность. Далее последовательно развертывались стадии шизоаффективного расстройства, начиная с «чистых» аффективных нарушений, далее с присоединением психотической симптоматики в виде бредовых идей, а в дальнейшем и онейроидно-кататонических расстройств. Сложность данного клинического случая заключается в том, что после того, как больная перенесла COVID-19 (с поражением легких по компьютерной томографии 3%), клиническая картина значительно ухудшилась и появились симптомы злокачественного нейролептического синдрома. Соматическое состояние также было отягощено присоединением в дальнейшем псевдомембранозного колита как осложнения COVID-19. Продолжительность психоза была около 6 мес., и, несмотря на крайне тяжелое соматическое состояние, активное лечение (плазмаферез, гемосорбцию, медикаментозную седацию), «обрыва» острого психоза так и не произошло. В дальнейшем психоз самостоятельно купировался без какого-либо лечения. У пациентки полностью восстановились психические и соматические функции, несмотря на неблагоприятные данные перед выпиской из соматической больницы (продолжающийся психоз, признаки атрофии головного мозга на магнитно-резонансной томографии).

Яковлева Мария Владимировна – канд. мед. наук, зав. отделением, Респ. психоневрол. диспансер (Россия, 677000, г. Якутск, ул. Котенко, д. 14), e-mail: jacob83@inbox.ru;

✉ Макеенко Владимир Владимирович – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: makeenko2001@mail.ru;

Краснов Алексей Александрович – д-р мед. наук, доц. каф. психиатрии, Нац. мед. исслед. центр им. В.А. Алмазова (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2), e-mail: dr.krasnov_28@mail.ru

Заключение. Злокачественный нейролептический синдром является жизнеугрожающим состоянием и требует неотложных реанимационных мероприятий. Умение своевременно провести дифференциальную диагностику между злокачественным нейролептическим синдромом и фебрильным приступом определяет набор применяемых лечебных мероприятий. Наличие по данным магнитно-резонансной томографии симптома атрофии головного мозга в данном клиническом случае является случайной диагностической находкой и может быть расценено как артефакт. Кроме того, открытым остается вопрос о влиянии перенесенной инфекции COVID-19 на течение злокачественного нейролептического синдрома и онейроидного приступа острого психоза, что требует дополнительных исследований.

Ключевые слова: психиатрия, шизофрения, злокачественный нейролептический синдром, COVID-19.

Введение

Создание нейролептиков явилось кардинальным событием XX в. и стало новым этапом развития психофармакотерапии и лечения психических расстройств [2]. Однако уже в 1954 г. вышли в свет две статьи, в которых описывалось развитие лекарственного паркинсонизма на фоне применения резерпина и хлорпромазина [10, 12]. В настоящее время лекарственный паркинсонизм наблюдается у 10–25 % пациентов, принимающих нейролептики, и является одной из частых причин вторичного паркинсонизма [3].

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) является редким, но крайне опасным осложнением нейролептической терапии, протекающим с развитием центральной гипертермии, мышечным гипертонусом, нарушением сознания и комплексом соматовегетативных расстройств. Течение ЗНС сопровождается изменениями основных параметров гомеостаза и функции жизненно важных органов и систем организма и может приводить к летальному исходу. Летальность при ЗНС по данным различных публикаций составляет от 5,5 до 38 %. Наиболее часто ЗНС развивается при проведении нейролептической терапии у больных шизофренией или шизоаффективным расстройством [5].

Наиболее сложной является дифференциальная диагностика ЗНС и фебрильной (гипертоксической) шизофрении (ФШ) [7, 8], известной в мировой литературе как «летальная кататония» [6]. Вместе с тем до настоящего времени отсутствуют четкие критерии, позволяющие провести дифферен-

циальную диагностику ЗНС и ФШ [1,4, 11]. При разграничении этих состояний прежде всего следует обращать внимание на связь развития гипертермии и ухудшения психического состояния больных с назначением нейролептиков и появлением экстрапирамидной симптоматики.

Течение приступа шизофрении до развития ЗНС в целом не отличается от течения неосложненных форм шизоаффективного психоза и приступообразной шизофрении, в то время как при ФШ с первых дней манифестации приступа характерна крайне выраженная острота психопатологических нарушений с появлением онейроидного помрачения сознания и кататонических расстройств (ступора или кататонического возбуждения) [4, 9]. Данных о влиянии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на течение злокачественного нейролептического синдрома в доступной литературе не встретилось.

Цель – провести анализ клинического случая злокачественного нейролептического синдрома на фоне фебрильной шизофрении у пациентки, перенесшей COVID-19.

Материал и методы

Приведено описание клинического случая злокачественного нейролептического синдрома на фоне онейроидной шизофрении у пациентки В., 27 лет, перенесшей COVID-19. По результатам анализа анамнеза жизни и заболевания, данных проведенных обследований, клинико-психопатологического метода обследования у пациентки был установлен диагноз

шизоаффективного расстройства (F25.00 по МКБ-10), злокачественного нейролептического синдрома (G21.0).

В течение 3,5 мес. пациентка проходила лечение в психиатрическом отделении, отделении реанимации и отделении неотложной терапии. Публикация материалов произведена на основе получения информированного согласия со стороны пациентки.

Результаты и их анализ

Из анамнеза известно, что у В. наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родилась в г. Якутске младшей из двух детей. Мать по характеру тревожная, эмоциональная. Старший брат здоров. С отцом мать развелась давно (более 10 лет назад), отношения не поддерживает.

Известно, что беременность протекала гладко, но роды были стремительные в срок. Со слов матери, она родила больную дома из-за стремительных родов. Далее развитие без особенностей, развивалась в соответствии с возрастом. В детстве перенесла обычные детские инфекции. Детский сад посещала с 4 лет. Росла в меру подвижным, спокойным ребенком. В школу пошла в 7 лет. Училась удовлетворительно. Любила гуманитарные науки (литература, русский язык), плохо давались такие предметы, как математика и биология. Посещала спортивную секцию по волейболу, занималась в кружке по садоводству, разводила цветы. Имела несколько близких подруг. Окончила 11 классов в 2012 г., классы не дублировала.

После школы непродолжительное время работала в стройотряде, далее продавцом в магазине. Поступила на исторический факультет вуза по специальности «Учитель истории». После окончания по специальности не работала, через какое-то время решила поступить в медицинский колледж, так как в будущем хотела заниматься косметологией. К моменту начала заболевания являлась студенткой II курса медицинского колледжа. Не замужем, детей нет. Менструации с 12 лет, регулярные. Беременности отрицает. Вредные привычки отрицает. Черепно-

мозговых травм не было. В 2017 г. была операция на глазах (коррекция миопии).

Известно, что заболела с октября 2020 г.: возникли боли в области сердца и в левом боку. Стала обследоваться, был выставлен диагноз межреберной невралгии. Получала лечение нестероидными противовоспалительными средствами, но без эффекта. Со слов матери, болезненные ощущения были очень сильными, постоянно жаловалась на боли. Из-за этого испытывала постоянную тревогу, стало снижаться настроение, снизился аппетит, похудела на 5–6 кг, периодически говорила, что болеет каким-то тяжелым заболеванием.

В декабре 2020 г. состояние ухудшилось: больная стала периодически испытывать сильную тревогу, жаловалась на сердцебиение, нехватку воздуха. Два раза на дом вызвали бригаду скорой медицинской помощи, снимали электрокардиографию. После очередного обследования в медицинском центре врачи рекомендовали обратиться к психиатру, так как стали считать, что у больной так проходят панические атаки. 27.12.2020 больная вместе с матерью обратилась в поликлиническое отделение психоневрологического диспансера. Был назначен алпразолам, принимала утром и на ночь. На фоне приема состояние немного улучшилось, стала спать хорошо. Состояние резко ухудшилось примерно с 30.12.2020: в ту ночь резко проснулась и стала душить себя, заявляла, что не хочет жить, но после таблетки алпразолама успокоилась и уснула.

04.01.2021 обратились в частную клинику за консультацией психиатра. На приеме вела себя нелепо: задирала ноги, говорила, что с ней общается «Бог». В связи с резким ухудшением психического состояния была доставлена в провизорное отделение республиканского психоневрологического диспансера. При поступлении соматическое состояние удовлетворительное. Артериальное давление снижено: 80 и 60 мм рт. ст. Внешне беспокойная, тревожная, суетливая, на месте не удерживается, задирает ноги, размахивает руками, высовывает язык, выгибается на стуле, раскачивается. Настроение с оттенком

тревоги. В беседе многословная, говорит без перерыва. Мышление ускоренное, разорванное: «...вколите мне успокаивающее... нет... почему? ...я больна полностью... ко мне пришел Бог и улыбнулся, и сказал, что я умру... увел меня в ад... почему меня сюда не положили... мест нет... у меня головной мозг пустой... я страшная, у меня онкология... у Вас кровь хорошо идет, Вы меня усыпите!..» Продуктивному контакту труднодоступна, многократно повторяет одни и те же слова. Критики нет. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Поведение суетливое. Инструкции выполняет после нескольких повторений. Сон нарушен.

При поступлении в отделение был назначен препарат заласта до 10 мг/сут. Состояние крайне неустойчивое: больная остается очень тревожной, на месте не удерживается, на губах герпетические высыпания, остается суетливой, многоречивой, высказывает множество ипохондрических жалоб, в том числе и на двоение в глазах. Заявляет: «...Я думала, что мне тут сразу лучше станет, а мне, наоборот, все хуже и хуже...»

11.01.2021 стала предъявлять жалобы на то, что не чувствует своего тела, что тело не принадлежит ей, что некто думает за нее, что она как будто бы следит за собой сама. Остается тревожной, просит, чтобы кто-нибудь был рядом с ней, хочет обниматься с санитаром. 15.01.2021 состояние без изменений. Остается крайне тревожной, заламывает руки, просит обниматься с ней, не отпускает врача, держит его за руку; говорит, что за нее кто-то другой думает. С 15.01.2021 препарат заласта отменен, назначен галоперидол до 4,5 мг/сут.; циклодол до 4 мг/сут.; клозастен 25 мг на ночь.

На фоне лечения состояние не улучшается: больная остается очень тревожной, на месте не удерживается; говорит, что видит себя со стороны, что чувствует, как умирает, что у нее проблемы с сердцем; также отмечает, что у нее начались задержки мочи и кала, просит, чтобы кто-то стоял в туалете рядом с ней. В провизорном отделении у больной диагностируют COVID-19, по данным компьютерной томографии поражение лёгких

3 %. Получает лечение противовирусными препаратами (гриппферон, арпефлю), азитромицин, аспирин. Несмотря на проводимую терапию, психическое состояние не улучшается.

С 22.01.2021 у больной начинаются проявления нейролептического синдрома в виде скованности, неусидчивости. 26.01.2021 представляется на врачебную комиссию для решения вопроса о тактике лечения в связи с крайне плохой переносимостью антипсихотиков. Рекомендовано лечение: «Азалептин» по схеме с комбинацией с кветиапином, введение внутривенное тиосульфата натрия, витаминотерапия, «Церекард». На фоне терапии улучшения состояния не отмечалось.

29.01.2021 больная переведена в женское психиатрическое отделение. При поступлении голова обычной формы, зрачки равные, движения глазных яблок в полном объеме, конвергенция и аккомодация не нарушены. Язык по средней линии. Тонус мышц резко повышен по типу зубчатого колеса. Сухожильные рефлексы рук и ног оживленные. В позе Ромберга несколько неустойчива, координация движений конечностей легко нарушена. Патологических рефлексов не выявлено. Чувствительность сохранена.

Психический статус: контакту малодоступна, внешне очень беспокойная, на месте не удерживается, постоянно то садится, то встает, пытается ходить по палате. Взгляд тревожный, внешне напряженная, очень скованная. В беседе непродуктивная, что-то беззвучно шепчет. Заявляет: «...я же виновата!.. я убийца!.. я убила 100 людей!.. и Вас тоже доведу!..» Периодически неожиданно вскакивает с криками «...ой мамочка!..». Свое поведение никак не объясняет. Поведением обнаруживает галлюцинаторные переживания. Мышление ускоренное, разорванное, непродуктивное. В беседе ничего толком объяснить не может, мечется по комнате, то стонет, то покрикивает. Полностью погружена в переживание. Настроение неустойчивое с оттенком страха. Смотрит на врача, вытаращив глаза, взгляд безумный. Ночью спала плохо. Выставлен диагноз: острое шизофреноподобное психотическое расстройство.

Острый аффективно-параноидный синдром (возможно, с элементами онейроида). Тяжелый нейролептический синдром. Дифференцировать с фебрильным приступом шизофрении! Температура тела при поступлении 37 °С.

Антипсихотическая терапия была отменена, назначена дезинтоксикационная терапия, тиосульфат натрия, витамины, сибазон внутримышечно (до 6,0 мл/сут.). На фоне данного лечения состояние не улучшается: больная остается крайне скованной, напряженной, отмечается выраженный тонус в конечностях; появляются элементы активного негативизма: отказывается от еды и питья, не дает себя осматривать, молча дерется, хватается за руки врача; выражение лица отрешенное, на речь не реагирует, руки согнуты в локтях, ходит на полусогнутых ногах, пальцы ног и рук также в сильном тонусе, постоянно облизывает губы, что-то шепчет.

03.02.2021 был собран консилиум для определения дальнейшей тактики лечения. Было решено на фоне дезинтоксикационной терапии начать введение галоперидола 1,0 внутривенно струйно на 0,9 % растворе хлорида натрия 1 раз в день, но на фоне лечения улучшения не отмечалось. С 05.02.2021 перестала мочиться самостоятельно, мочится через катетер, также присоединились гиперкинезы, постоянно встает с постели, далее ложится на одну кровать, потом на другую и так длительное время, также может кататься по полу или с одной кровати на другую, свое поведение не объясняет. Отказывается от еды, пьет только через шприц. Кожа лица сальная, отмечаются колебания температуры тела до 37,4 °С.

С 05.02.2021 был установлен назогастральный зонд, питание через него. 05.02.2021 была проконсультирована по телефону заведующей кафедрой неврологии и психиатрии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета: по ее рекомендации для исключения острого диффузного лимфоцитарного менингоэнцефалита был взят анализ на антинейрональные антитела, к терапии подключен амантадина сульфат 500 мл внутривенно;

дексаметазон 16 мг/сут. на 0,9 % растворе хлорида натрия внутривенно капельно, антипсихотики отменены.

08.02.2021 очно осмотрена заведующим кафедрой неврологии и психиатрии Медицинского института Северо-Восточного федерального университета. Заключение: учитывая подострое начало, фармакорезистентность, неврологический статус, необходимо исключить поражение головного мозга неуточненного генеза. Вирусный энцефалит. Для исключения диагноза необходимо провести дополнительные исследования:

- анализ ликвора (общий, биохимический, олигоклональные антитела);
- магнитно-резонансную томографию головного мозга;
- осмотр окулиста с исследованием глазного дна;
- ИФА на антитела к вирусу простого герпеса 1-го типа, вирусу простого герпеса 2-го типа, цитомегаловирусу, герпесу зостер.

Лечение: продолжить амантадина сульфат до 5 капельниц, присоединить препараты калия (калия хлорид), провести фиброгастроудоденоскопию. С 08.02.2021 стала получать азалептин 25 мг на ночь. На фоне лечения состояние улучшилось: тонус значительно снизился, стала отвечать на некоторые вопросы громко, не шепотом, лучше кушать, глотать, самостоятельно мочиться. В психическом состоянии появились яркие двигательные и речевые автоматизмы, могла целый день без передышки очень быстро повторять одно и то же слово, чаще всего называла свое имя или говорила «Бог». Вечерами, когда была более доступной контакту, иногда говорила, что виновата перед всеми, громко звала на помощь, а однажды сказала, что видит отца рядом с Богом, а также утверждала, что убила своего ребенка, что позади нее лежит нож. Периодически становилась крайне возбужденной, импульсивной, хватала все, что видела перед собой. Выражение лица было безумным, страдальческим, лицо выражало сильный страх. Кушала только с рук медперсонала, жидкость пила через шприц Жане. Назогастральный зонд постоянно вырывала из-за того, что он провоцировал

сильный кашель и застой мокроты (два раза чуть не подавилась мокротой).

С 15.02.2021 в связи с крайне неустойчивым психическим состоянием дозу азалептина увеличили до 75 мг/сут. 19.02.2021 вновь осмотрена на консилиуме врачей. Решено увеличить дозу азалептина до 150 мг/сут. С 22.02.2021 у больной стала повышаться температура тела до 37,7–37,9 °С, появился тремор конечностей (крупноразмашистый). 23.02.2021, несмотря на постоянный прием антибиотиков, температура тела не уменьшалась и повысилась до 38 °С. «Азалептин» в этот же день был отменен. 24.02.2021 соматическое состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 38,7 °С, больная стала плохо мочиться, не кушала, не пила жидкость. В связи с ухудшением состояния и появлением симптомов злокачественного нейролептического синдрома 24.02.2021 больная была переведена в отделение реанимации Республиканского центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия).

В реанимационном отделении соматическое состояние было крайне тяжелым, больная длительное время находилась на ИВЛ и под медикаментозной седацией. Проведено несколько сеансов плазмафереза и гемосорбции, но ситуация усугубилась гипопротемией и присоединением псевдомембранозного колита.

На фоне терапии соматическое состояние значительно улучшилось, и 26.03.2021 больная была переведена в отделение неотложной терапии Республиканского центра экстренной медицинской помощи. Состояние при переводе: больная лежащая, продуктивному контакту малодоступна, взгляд фиксирует, иногда смотрит по сторонам, инструкции практически не выполняет. Речи нет. Питание через назогастральный зонд. Отправления в памперс. Двигательно спокойная. Требуется постоянного ухода. В данном стационаре пациентка находилась 3 нед., после чего в стабильном соматическом состоянии была выписана домой 15.04.2021. Психическое состояние оставалось прежним: больная не вступала в контакт, все

свободное время проводила в постели, иногда стереотипно совершала различные движения ногами и руками, постоянно что-то перебирала руками. Редко в вечернее время говорила что-то невнятное и не по существу. За собой не следила. Разглядывала окружающих.

Дальнейший катамнез: психическое состояние длительное время оставалось крайне тяжелым. Больная была крайне малословной, кушала только с рук, ничем не интересовалась, иногда чего-то боялась, периодически становилась агрессивной. Особенно активно проявляла агрессию по отношению к родному брату, что раньше ей не было свойственно. Стала употреблять в речи нецензурную брань. В основном лежала в постели, перебирала в руках телефон, стереотипно нажимала цифры. В начале июня 2021 г. психическое состояние неожиданно улучшилось. Больная стала разговаривать, восстановилось самообслуживание, появилась двигательная активность. Психотический эпизод полностью амнезировала, но грубых мнестических нарушений не обнаруживала. Со слов родных, стала несколько неряшливой, грубой, агрессия по отношению к брату сохранилась. В 2022 г. продолжила обучение в средне-специальном учебном заведении. Вышла замуж. Психическое состояние ровное, поддерживающего лечения не принимает. С учебой справляется.

Данные проведенных обследований. Магнитно-резонансная томография головного мозга от 26.02.2021: очаговые и дополнительные образования в головном мозге не выявлены; МР-признаки атрофии коры больших полушарий; умеренное расширение борозд червя и полушарий мозжечка. Общий анализ крови от 26.02.2021: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, лимфопения, ускорение СОЭ. Общий анализ мочи от 24.02.2021: протеинурия. Биохимический анализ крови от 26.02.2021: гипопротемия, гипоальбуминемия, повышение уровня мочевины, повышение уровня прямого билирубина, повышение уровня АЛТ, АСТ, амилазы. Общий анализ крови от 05.03.2021 г.: лейкоцитоз, эритропения,

сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, лимфопения, ускорение СОЭ. Биохимический анализ крови от 05.03.2021: гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, снижение уровня креатинина, повышение уровня глюкозы, АЛТ, АСТ, амилазы. МРТ головного мозга от 10.03.2021: в сравнении с МР-картиной от 26.02.2021 без видимой динамики, очаговые и дополнительные образования в головном мозге не выявлены; МР-признаки атрофии коры больших полушарий; умеренное расширение борозд червя и полушарий мозжечка. Общий анализ мочи от 11.03.2021: протеинурия. Общий анализ крови от 12.03.2021: лейкоцитоз, эритропения, анемия, сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, лимфопения, ускорение СОЭ. Биохимический анализ крови от 12.03.2021: гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, снижение уровня креатинина. Рентгенография органов грудной клетки от 16.03.2021: признаки двусторонней полисегментарной бронхопневмонии. Общий анализ крови от 19.03.2021: лейкоцитоз, эритропения, сдвиг лейкоцитарной формулы вправо, лимфопения, ускорение СОЭ. Биохимический анализ крови от 19.03.2021: гипопроотеинемия, гипоальбуминемия. Общий анализ мочи от 26.03.2021: протеинурия, лейкоцитурия.

Обсуждение. Манифестация психического расстройства в данном клиническом случае произошла на фоне обострения герпетической вирусной инфекции (межреберная невралгия, наличие герпетических высыпаний при поступлении), что, возможно, явилось неким провоцирующим фактором, а также свидетельствовало о снижении иммунного статуса пациентки. На фоне выраженного болевого синдрома стали появляться первые симптомы: выраженная тревога, сниженный фон настроения, снижение аппетита, ипохондричность. Уже на этом этапе возможно было обратить внимание на атипичность неврологических симптомов, выявить симптомы тревожной депрессии, но врач-невролог, а также родные пациентки не обратили на это должного внимания, что в дальнейшем привело к ухудшению психического состояния и несвоевременному

оказанию медицинской помощи. Пациентка обратилась за психиатрической помощью только по истечении более полутора месяцев после начала заболевания, уже находясь в тяжелом депрессивно-параноидном состоянии. В целом, анализируя клиническую картину развития психоза, можно отметить характерное последовательное развертывание приступа шизоаффективного расстройства, как правило, вначале с «чистых» аффективных нарушений, далее с присоединением психотической симптоматики в виде бредовых идей, а в дальнейшем и онейроидно-кататонических расстройств. Сложность данного клинического случая заключается в том, что после того, как больная перенесла новую коронавирусную инфекцию (с поражением легких по КТ 3%), клиническая картина значительно ухудшилась и появились симптомы злокачественного нейрорептического синдрома. Соматическое состояние также было отягощено присоединением в дальнейшем псевдомембранозного колита как осложнения новой коронавирусной инфекции. Судить о роли коронавирусной инфекции как провоцирующего фактора невозможно, но однозначно инфекция значительно ухудшила протекание злокачественного нейрорептического синдрома. Интересно то, что после того, как соматическое состояние было стабилизировано, психическое состояние продолжало оставаться крайне тяжелым. Больная находилась в кататонии, была непродуктивной, мутичной, отмечались стереотипные движения, негативизм. После выписки из соматического стационара, несмотря на удовлетворительное соматическое состояние, психическое состояние продолжало оставаться тяжелым (больная также была мутичной, периодически проявляла агрессию, отмечались двигательные стереотипии, заторможенность). Выход из психоза произошел критически (в течение нескольких дней), но психотический эпизод больная полностью амнезировала. Таким образом, продолжительность психоза составила около шести месяцев, и, несмотря на крайне тяжелое соматическое состояние, активное лечение (плазмаферез,

гемосорбцию, медикаментозную седацию), «обрыва» острого психоза так и не произошло. В дальнейшем психоз самостоятельно купировался без какого-либо лечения. Пациентка продолжила учебу, смогла выйти замуж, что свидетельствует о полном восстановлении, несмотря на неблагоприятные данные перед выпиской из соматической больницы (продолжающийся психоз, признаки атрофии на магнитно-резонансной томографии). Возможно, при проведении электросудорожной терапии, которая в настоящий момент не проводится в психоневрологическом диспансере, сроки лечения были бы короче и развитие злокачественного нейролептического синдрома можно было бы предупредить. Провести четкие различия между ЗНС и ФП в данном случае очень сложно. Общие признаки ЗНС и ФП в данном случае: гипертермия, мышечная ригидность, гипергидроз, кататонический ступор, мутизм, иллюзорно-бредовая дереализация, онейроидное помрачение сознания, тахикардия, колебания АД, изменения лабораторных показателей (повышение трансаминазы, лейкоцитоз, лимфопения, ускорение СОЭ). Признаки ЗНС: наличие тремора, скованности, гиперрефлексии. Вызывает множество вопросов диффузная атрофия коры головного мозга, которая была обнаружена при проведении магнитно-резонансной томографии. Причина формирования атрофии в этом клиническом случае остается неизвестной. Возможно ли, что причиной стал ЗНС? В данном случае МРТ была проведена во время начала периода гипертермии, что в некотором плане опровергает атрофию как исход ЗНС. Также атрофия коры не может сформироваться в течение непродолжитель-

ного времени. Сказать о том, что это некие анатомические особенности, также не представляется возможным ввиду отсутствия протоколов исследования МРТ, сделанной ранее (до болезни). Таким образом, наличие МРТ-симптома атрофии в данном клиническом случае является второстепенным по отношению к клинической картине и, скорее всего, является артефактом. Дифференциальная диагностика с острыми энцефалитами в данном случае связана больше не с клинической картиной, а с лабораторными анализами. Анализы ликвора, а также исследование антинейрональных антител в крови показали отрицательный результат, что свидетельствовало в пользу эндогенного психического расстройства.

Заключение

Злокачественный нейролептический синдром является жизнеугрожающим состоянием и требует неотложных реанимационных мероприятий. Умение своевременно провести дифференциальную диагностику между злокачественным нейролептическим синдромом и фебрильным приступом определяет набор применяемых лечебных мероприятий. Наличие по данным магнитно-резонансной томографии симптома атрофии головного мозга в данном клиническом случае является случайной диагностической находкой и может быть расценено как артефакт. Кроме того, открытым остается вопрос о влиянии перенесенной новой коронавирусной инфекции на течение злокачественного нейролептического синдрома и онейроидного приступа острого психоза, что требует дополнительных исследований.

Литература

1. Волков В.П. К вопросу о фебрильной кататонии // Соц. и клинич. психиатрия. 2012. № 2. С. 16–20.
2. Данилов Д.С. Нейролептики-бензамиды в практике психиатра, невролога и интерниста на современном этапе развития психофармакологии (на примере сульпирида) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № 4 (3). С. 77–85.
3. Левин О.С., Шиндряева Н.Н., Аникина М.А. Лекарственный паркинсонизм // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. № 8. С. 76–81.
4. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. М.: Вузовская книга, 2000. 207 с.
5. Малин Д.И. Злокачественный нейролептический синдром: диагностика и терапия // Современная терапия психич. расстройств. 2016. № 2. С. 2–7. DOI: 10.21265/PSYPH.2016.0.1757.

6. Малин Д.И., Малина Д.Д. Синдром фебрильной кататонии при критических состояниях в психиатрии // Соц. и клинич. психиатрия. 2019. Т. 29, № 1. С. 82–89.
7. Ромасенко В.А. Гипертоксическая шизофрения. М.: Медицина, 1967. 240 с.
8. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения: клиника, патогенез, лечение. М.: Медицина, 1982. 128 с.
9. Цыганков Б.Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. М.: Норма, 1997. 232 с.
10. Bergouignan M., Regnier G. Reversible Parkinsonism in the Course of Largactil Therapy of Vomiting in Pregnancy // *J. Med. Bord.* 1954. Vol. 131, N 7. P. 678–679.
11. Ghaziuddin N., Alkhoury I., Champine D. [et al.]. ECT Treatment of Malignant Catatonia/NMS in an Adolescent: A Useful Lesson in Delayed Diagnosis and Treatment // *J. ECT.* 2002. Vol. 18, N 2. P. 95–98. DOI: 10.1097/00124509-200206000-00006.
12. Steck H. Extrapyramidal and Diencephalic Syndrome in the Course of Largactil and Serpasil Treatments // *Ann. Med. Psychol. (Paris).* 1954. Vol. 112, N 25. P. 737–744.

Поступила 31.03.2023 г.

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

Вклад авторов: М.В. Яковлева – методология и дизайн исследования, организация сбора первичных клинических данных, анализ литературных данных; В.В. Макеенко – планирование цели и задач исследования, анализ литературных данных, редактирование окончательного варианта статьи; А.А. Краснов – участие в написании статьи, редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования: Яковлева М.В., Макеенко В.В., Краснов А.А. Клинический случай злокачественного нейролептического синдрома на фоне фебрильной шизофрении у пациентки, перенесшей новую коронавирусную инфекцию // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 57–67. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-57-67

M.V. Yakovleva¹, V.V. Makeenko², A.A. Krasnov³

A clinical case of neuroleptic malignant syndrome against the background of oneiroid schizophrenia in a patient who had a new coronavirus infection

¹ Republican psychoneurological dispensary (14, Kotenko Str., Yakutsk, Russia);

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

³ Almazov National Medical Research Center (2, Akkuratov Str., Saint Petersburg, Russia)

Yakovleva Maria V. – PhD Med. Sci., department head, Republican psychoneurological dispensary (14, Kotenko Str., Yakutsk, 677000, Russia), e-mail: jacob83@inbox.ru;

✉ Makeenko Vladimir V. – PhD Med. Sci., associate professor of Psychiatric department, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: makeenko2001@mail.ru;

Krasnov Alexei A. – Dr. Med. Sci., associate professor of Psychiatric department, Almazov National Medical Research Center (2, Akkuratov Str., Saint Petersburg, 197341, Russia), e-mail: dr.krasnov_28@mail.ru.

Abstract

The relevance is determined by the wide spread of a new coronavirus infection. The impact of this infection on the course of other diseases is still being studied. The issue of differential diagnosis between neuroleptic malignant syndrome and febrile schizophrenia remains very important for practical activities.

Objective: to analyze a clinical case of neuroleptic malignant syndrome on the background of febrile schizophrenia in a patient who had previously experienced COVID-19.

Materials and methods. Clinical-archival and clinical-catamnestic research methods were used. According to the case history, a patient is presented who underwent a new coronavirus infection, which developed neuroleptic malignant syndrome against the background of febrile schizophrenia. Presented follow-up after 12 months.

Results and their analysis. The manifestation of a mental disorder in this clinical case occurred against the background of an exacerbation of a herpetic viral infection. Against the background of a pronounced pain syndrome, the first symptoms began to appear - severe anxiety, reduced mood, decreased appetite, hypochondria. Further, the stages of schizoaffective disorder developed sequentially, starting with "pure" affective disorders, then with the addition of psychotic symptoms in the form of delusional ideas, and later on, oneiroid-catatonic disorders. The complexity of this clinical case lies in the fact that after the patient had a new coronavirus infection (with 3% lung damage on CT), the clinical picture worsened significantly and symptoms of neuroleptic malignant syndrome appeared. The somatic condition was also aggravated by the subsequent addition of pseudomembranous colitis, as a complication of a new coronavirus infection. The duration of the psychosis was about six months, and despite the extremely severe somatic condition, active treatment (plasmapheresis, hemosorption, drug sedation), the "break" of acute psychosis did not occur. In the future, psychosis stopped on its own, without any treatment. The patient fully recovered mental and somatic functions, despite unfavorable data before discharge from the somatic hospital (ongoing psychosis, signs of atrophy on magnetic resonance imaging).

Conclusion. Malignant neuroleptic syndrome is a life-threatening condition and requires urgent resuscitation. The ability to make a timely differential diagnosis between neuroleptic malignant syndrome and a febrile seizure determines the set of applied therapeutic measures. The presence of a symptom of brain atrophy according to magnetic resonance imaging in this clinical case is an accidental diagnostic finding and can be regarded as an artifact. In addition, the question of the impact of a new coronavirus infection on the course of a malignant neuroleptic syndrome and an oneiroid episode of acute psychosis remains unresolved and requires further research.

Keywords: neuroleptic malignant syndrome, febrile schizophrenia, new coronavirus infection.

References

1. Volkov V.P. K voprosu o febril'noi katatonii [Febrile catatonia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2012; (2):16–20. (In Russ.)
2. Danilov D.S. Neuroleptiki-benzamidy v praktike psikhiatra, nevrologa i internista na sovremennom etape razvitiya psikhofarmakologii (na primere sul'pirida) [Benzamide neuroleptics in the practice of a psychiatrist, a neurologist, and an internist at the present development stage of psychopharmacology (by the example of Sulpiride)]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2012; (4):77–85. (In Russ.)
3. Levin O.S., Shindriaeva N.N., Anikina M.A. Lekarstvennyi parkinsonizm [Drug-induced parkinsonism]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry]. 2012; (8):76–81. (In Russ.)
4. Malin D.I. Pobochnoe deistvie psikhotropnykh sredstv [Side effects of psychotropic drugs]. Moscow, 2000. 207 p. (In Russ.)
5. Malin D.I. Zlokachestvennyi neurolepticheskii sindrom: diagnostika i terapiya [Neuroleptic Malignant Syndrome: diagnosis and treatment]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv* [Modern therapy of mental disorders]. 2016; (2):2–7. DOI: 10.21265/PSYPH.2016.0.1757. (In Russ.)
6. Malin D.I., Malina D.D. Sindrom febril'noi katatonii pri kriticheskikh sostoyaniyakh v psikhiatrii [Febrile catatonia syndrome in critical conditions in psychiatry]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2019; 29(1):82–89. (In Russ.)
7. Romasenko V.A. Gipertoksicheskaya shizofreniya [Hypertoxic schizophrenia]. Moscow, 1967. 240 p. (In Russ.)
8. Tiganov A.S. Febril'naya shizofreniya: klinika, patogenez, lechenie [Febrile schizophrenia: clinic, pathogenesis, treatment]. Moscow, 1982. 128 p. (In Russ.)
9. Tsygankov B.D. Kliniko-patogeneticheskie zakonomernosti razvitiya febril'nykh pristupov shizofrenii i sistema ikh terapii [Clinical and pathogenetic regularities in the development of febrile attacks of schizophrenia and the system of their therapy]. Moscow, 1997. 232 p. (In Russ.)
10. Bergouignan M., Regnier G. Reversible Parkinsonism in the Course of Largactil Therapy of Vomiting in Pregnancy. *J. Med. Bord.* 1954; 131(7):678–679. (In French.)

-
11. Ghaziuddin N., Alkhoury I., Champine D. [et al.]. ECT Treatment of Malignant Catatonia/NMS in an Adolescent: A Useful Lesson in Delayed Diagnosis and Treatment. *J. ECT*. 2002; 18(2):95–98. DOI: 10.1097/00124509-200206000-00006.
 12. Steck H. Extrapiramidal and Diencephalic Syndrome in the Course of Largactil and Serpasil Treatments. *Ann. Med. Psychol.* (Paris). 1954; 112(25):737–744. (In French.)
-

Received 31.03.2023

For citing: Yakovleva M.V., Makeenko V.V., Krasnov A.A. Klinicheskii sluchai zlokachestvennogo neurolepticheskogo sindroma na fone oneiroidnoi shizofrenii u patsientki, perenesshei novuyu koronavirusnyu infektsiyu. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):57–67. (In Russ.)

Yakovleva M.V., Makeenko V.V., Krasnov A.A. A clinical case of neuroleptic malignant syndrome against the background of oneiroid schizophrenia in a patient who had a new coronavirus infection. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):57–67. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-57-67

Е.В. Фадеева^{1,2,3}, А.М. Лановая¹

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА О ВРЕДНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

¹ Национальный научный центр наркологии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, Москва, Малый Могильцевский пер., 3);

² Московский государственный психолого-педагогический университет (Россия, Москва, ул. Сретенка, д. 29);

³ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Введение. В России, по данным Всемирной организации здравоохранения, наблюдается один из самых высоких показателей потребления алкоголя среди женщин репродуктивного возраста, что указывает на необходимость усиления мер профилактики с использованием активного и пассивного информирования о негативных последствиях употребления алкоголя во время беременности, в частности о фетальном алкогольном синдроме.

Цель – изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя.

Методология. В исследовании приняли участие 100 женщин в возрасте от 17 до 46 лет ($M = 30,7$; $SD = 0,6$). Применялись: 1) опросник по изучению осведомленности о последствиях употребления алкоголя во время беременности, об источниках информации о здоровом образе жизни и о мероприятиях, которые необходимо осуществлять для рождения здорового ребенка; 2) краткий тест для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя RUS-AUDIT-S. Анализ данных проводился при помощи изучения распределения частот и таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 .

Результаты и их анализ. Полученные результаты свидетельствовали о том, что 95 % женщин знали о том, что употребление алкоголя во время беременности может нанести вред будущему ребенку, однако о фетальном алкогольном синдроме знают только 25 % опрошенных, что указывает на недостаточную осведомленность женщин о потенциальных последствиях пренатального воздействия этанола на плод. По результатам теста RUS-AUDIT-S среди беременных женщин, принявших участие в исследовании, четыре женщины из пяти, употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев, а одна из пяти употребляла в течение этого периода алкоголь в опасных количествах. Среди 52 женщин, планирующих беременность в ближайшие 12 месяцев, у восьми было выявлено употребление алкоголя в опасных количествах, а у двух выявлен риск возможной алкогольной зависимости. При

✉ Фадеева Евгения Владимировна – канд. психол. наук, зав. отд. организации профилактической помощи в наркологии, Нац. науч. центр наркологии – филиал Нац. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3); доцент каф. клинич. и судеб. психологии ф-та юрид. психологии, Моск. гос. псих.-пед. университет (Россия, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29); мл. науч. сотр. отд-ния терапии стационарных больных с аддиктивными расстройствами, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), ORCID: 0000-0001-5411-9611, e-mail: nscnfadeeva@mail.ru;

Лановая Аlesia Михайловна – науч. сотр. отд. организации профилактической помощи в наркологии, Нац. науч. центр наркологии – филиал Нац. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Россия, 119002, Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3), ORCID: 0000-0002-4255-7953, e-mail: alesya.lan@gmail.com

этом была обнаружена высокая значимость бесед с медицинским работником как важного источника получения информации о здоровье для женщин, что позволяет эффективно осуществлять мероприятия по профилактике фетального алкогольного синдрома в медицинских организациях, оказывающих помощь женскому населению по профилю «акушерство и гинекология».

Заключение. Полученные в исследовании результаты указывают на сохраняющуюся необходимость совершенствования мероприятий, направленных на предупреждение употребления алкогольных напитков широкими группами населения, в том числе беременными и женщинами, планирующими беременность. Активное информирование о вредных последствиях потребления алкоголя и проблемах развития детей, подвергшихся внутриутробному воздействию этанола, реализуемое в практической деятельности работниками здравоохранения, является значимым источником знаний о здоровье для женщин, обращающихся за медицинской помощью.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, осведомленность, алкоголь, беременность, фетальный алкогольный синдром, тест RUS-AUDIT-S.

Введение

В России, несмотря на общее снижение распространенности наркологических заболеваний [7] и усиление профилактических мероприятий по снижению спроса на алкоголь и его предложения [21], наблюдается один из самых высоких показателей потребления алкогольных напитков среди женщин репродуктивного возраста [22]. Так, по оценкам С. Ророва и соавт., при глобальной мировой распространенности употребления алкоголя во время беременности в 9,8 % (95 % ДИ 8,9–11,1) в России данный показатель превышает 35 % [11]. Результаты российских исследований по данной проблеме указывают, что около 89 % женщин репродуктивного возраста употребляют алкоголь, 65 % сообщают о злоупотреблении алкоголем в течение последних трех месяцев [20], а около 20 % продолжают употреблять алкоголь после того, как узнают о наступлении беременности [10], что указывает на необходимость не только изучения распространенности употребления алкоголя во время беременности, но и усиления мер профилактики этого явления среди женщин репродуктивного возраста [12].

Наблюдаемая в последние годы глобальная тенденция увеличения потребления алкоголя среди женщин репродуктивного возраста [13, 14, 18], а также изменения в моделях употребления алкоголя из-за пандемии COVID-19 [4] могут приводить к увеличению риска неблагоприятных послед-

ствий пренатального воздействия алкоголя, в частности приводит к формированию психических, поведенческих, интеллектуальных, физических и других инвалидирующих нарушений у плода, сохраняющихся затем на протяжении всей жизни [1, 6, 8, 9, 16]. Подобные неблагоприятные тенденции определяют необходимость разработки гендерно специфичных программ профилактики, ориентированных на сокращение распространенности потребления алкоголя женщинами репродуктивного возраста и на полный отказ от их потребления во время беременности.

Цель – изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя.

Материал и методы

Исследование проводилось Региональной общественной благотворительной организацией «Центр профилактики наркомании» (Санкт-Петербург) в рамках проекта «Программа профилактики фетального алкогольного синдрома» за счет субсидии Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга в июне 2022 г.

В исследовании использовали адаптированный и валидизированный для России психометрический инструмент – тест RUS-AUDIT-S (The Russian Alcohol Use Disorders Identification Test – short version), который является краткой версией теста RUS-AUDIT,

предназначенного для выявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя [2, 17, 19].

В рамках реализации цели исследования был разработан опросник для получения базовых социально-демографических сведений (возраст, уровень образования, основной род занятий, семейный статус и количество детей), изучения осведомленности о последствиях употребления алкоголя во время беременности, об источниках информации о здоровом образе жизни и о мероприятиях, которые необходимо соблюдать для рождения здорового ребенка (см. Приложение). Опросник содержал вопросы об отношении женщин к отказу от курения, употребления алкогольных напитков и наркотиков. Приоритетными являлись вопросы, касающиеся актуального количества потребляемого алкоголя среди всех участниц исследования и готовности женщин отказаться от употребления алкоголя или сократить частоту его потребления в случае наступления беременности. Отдельным блоком анализировались ответы на вопросы, направленные на изучение информированности женщин о вреде потребления алкоголя во время беременности и о фетальном алкогольном синдроме как о врожденном нарушении развития у детей, подвергшихся внутриутробному воздействию этанола.

Анализ данных проводили при помощи изучения распределения частот и таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 , позволяющего выявлять значимые различия в частоте встречаемости наблюдений среди женщин, принявших участие в опросе. Нулевая гипотеза отвергалась на уровне значимости $p > 0,05$. Обработку данных осуществляли в статистическом программном пакете IBM SPSS Statistics 26.

Результаты и их анализ

Социально-демографические данные.

В опросе приняли участие 100 женщин (100 %) – пациенток женских консультаций Санкт-Петербурга в возрасте от 17 до 46 лет ($M = 30,7$; $SD = 0,6$), из них 5 % женщин пря-

мо указали, что беременны в настоящий момент, а 24 % женщины воздержались от ответа, что позволяет предположить, что они ожидают ребенка, но предпочли об этом не заявлять напрямую, что также косвенно подтверждается ответами на вопросы о планировании беременности (всеми женщинами, воздержавшимися от ответа на прямой вопрос о наличии беременности, были даны только положительные ответы на вопросы о планировании беременности).

Среди обследованных 46 % женщин были в возрасте от 30 до 40 лет, 41 % – от 20 до 30 лет, 10 % – от 41 года и более, 4 % – до 20 лет.

Полное высшее профессиональное образование было у 63 % опрошенных женщин, среднее профессиональное образование – у 24 %, общее среднее образование – у 8 %. Сообщили о незаконченном высшем образовании 1 %, о неоконченном среднем – 4 %. Для 59 % опрошенных женщин была характерна полная занятость, не работали 4 %, занимались домашним хозяйством 10 %, имели частичную занятость 8 %, работали на дому 12 %, учились 6 %. 1 женщина (1 %) находилась в декретном отпуске.

На вопрос о семейном положении 78 % женщин сообщили, что они замужем, остальные были не замужем (19 %) или разведены (3 %). У 57 % женщин были дети, в том числе у 28 % – 1 ребенок, у 21 % – два ребенка, у 8 % – три ребенка и более, у 43 % женщин детей не было.

Отношение к здоровому образу жизни во время беременности. Чтобы ребенок родился здоровым, опрошенные указали, что «очень важно»:

- полностью отказаться от употребления наркотиков (среднее значение фактора – 3,9 из 4,0) – 94 %;
- полностью отказаться от употребления алкоголя (среднее значение фактора – 3,9 из 4,0) – 89 %;
- полностью отказаться от курения (среднее значение фактора – 3,8 из 4,0) – 85 %;
- избегать пассивного курения (среднее значение фактора – 3,6 из 4,0) – 72 %.

Следует отметить, что только 2 % женщин ответили, что для здоровья будущего ребенка «не имеет значения», если она полностью откажется от курения, и 1 % – если она будет избегать пассивного курения.

В отношении сохранения психического здоровья во время беременности опрошенные женщины отметили, что «очень важно»:

- избегать эмоционального напряжения и стресса (среднее значение фактора – 3,7 из 4,0) – 65 %;

- сохранять позитивное настроение (среднее значение фактора – 3,4 из 4,0) – 42 %.

При этом 3 % женщин указали, что сохранять позитивное настроение для того, чтобы ребенок родился здоровым, «не важно» или «не имеет значения», что может являться отдельным направлением профилактики нарушений психического здоровья у беременных женщин.

72 % опрошенных женщин считали «очень важным» регулярно посещать врача (среднее значение фактора – 3,7 из 4,0), и только 3 % женщин указали, что для того, чтобы ребенок родился здоровым, это «не важно» или «не имеет значения». Меньшей популярностью у опрошенных пользовались курсы для беременных: только 9 % опрошенных считали, что это «очень важно», 56 % – что «важно» (среднее значение фактора – 2,6 из 4,0), тогда как 28 % женщин считали, что это «не имеет значения» или «не важно».

Обычно информацию о поддержании состояния здоровья, последствиях вредных привычек, способах профилактики заболеваний (при возможности выбрать любое число ответов) женщины получают из следующих источников:

- личных бесед с врачом или медицинским работником – 73 %;

- информации из статей и специальных сайтов в сети Интернет – 64 %;

- собственных знаний и образования – 53 %;

- обсуждения в социальных сетях – 30 %;

- информационных буклетов – 5 %;

- телевизионных передач – 9 %.

Строя планы на будущее, опрошенные указали, что в случае наступления беременности:

- полностью откажутся от употребления алкоголя – 85 %;

- изменят потребление алкоголя – 67 %;

- уменьшат потребление алкоголя – 60 %;

- не изменят употребление алкоголя, так как вообще его не употребляют – 6 %;

- допускают употребление алкоголя в случае наступления беременности – 9 %.

Отношение к употреблению алкоголя во время беременности. С целью анализа осознанного отношения к репродуктивному здоровью, планированию беременности и отказу от употребления алкоголя до ее наступления женщинам задавались вопросы относительно употребления алкоголя как в течение жизни, так и в течение последних 12 месяцев. На вопрос об употреблении спиртных напитков 92 % женщин ответили, что имели подобный опыт, 8 % ни разу в жизни не употребляли алкоголь. Употребляли алкогольные напитки в прошлом, но ни разу за последние 12 месяцев 38 % опрошенных. Употребляли спиртные напитки за последние 12 месяцев 62 % опрошенных женщин.

Скрининг с использованием теста RUS-AUDIT-S прошли все 100 участниц исследования [3], из них относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя, был выявлен у 78 % опрошенных, опасное употребление алкоголя – у 19 %, риск возможной алкогольной зависимости – у 3 % женщин (табл. 1).

Обеспокоенность вызывают результаты теста RUS-AUDIT-S как у женщин, планирующих беременность в ближайшие 12 месяцев или в ближайшем будущем, так и у беременных женщин.

Из 15 женщин, планирующих беременность в ближайшие 12 месяцев (или 15 % от общего числа обследованных женщин), 13 (или 13 % от общего числа обследованных женщин) употребляли алкоголь в течение последнего года с относительно низким риском, а у 2 (или 2 % от общего числа обследованных женщин) по результатам теста

Результаты теста RUS-AUDIT-S (n = 100)

	Результаты теста RUS-AUDIT-S		
	Относительно низкий риск (n)	Опасное употребление (n)	Риск возможной алкогольной зависимости (n)
Всего среди обследованных	78	19	3
<i>Планирование беременности</i>			
Планируют беременность в ближайшие 12 месяцев (n = 15)	13	0	2
Планируют беременность в будущем (n = 51)	42	8	1
Беременны в настоящий момент (n = 5)	4	1	0
Не планируют беременность и не беременны в настоящий момент (n = 29)	19	10	0

RUS-AUDIT-S был выявлен риск возможной алкогольной зависимости.

Среди женщин, планирующих беременность в будущем, 52 употребляли алкоголь в течение последнего года, из них у 8 по результатам теста RUS-AUDIT-S было выявлено опасное употребление алкоголя, а у 1 – риск возможной алкогольной зависимости.

Из 5 женщин, беременных в настоящий момент, 4 употребляли алкоголь в течение последнего года, а у 1 обследованной по результатам теста RUS-AUDIT-S было выявлено опасное употребление алкоголя, что подтверждает необходимость проведения профилактических мероприятий по отказу от употребления алкоголя как во время беременности, так и в целом ориентированных на женщин репродуктивного возраста.

Поскольку разные алкогольные напитки содержат разное количество этанола, для количественной оценки потребления алкоголя в исследовании использовалось понятие «стандартной порции» (сокр. СП). За одну стандартную порцию алкоголя принято считать 10 граммов чистого этилового спирта. Большинство опрошенных женщин (81 женщина) считали опасным употребление одной-двух СП алкоголя за всю беременность, 7 – небезопасным, 4 – не очень опасным, а 1 – безопасным. Употребление двух-трех СП алкоголя два-три раза за всю беременность 87 женщин считали опасным, 4 – небезопасным, а 3 – не очень опасным. Употребление трех-четырех СП алкоголя раз

в неделю во время беременности 67 женщин считали опасным, 12 – небезопасным, 13 – не очень опасным, а 2 – безопасным. Употребление одной СП алкоголя каждый день во время беременности 55 женщин считали опасным, 13 – небезопасным, 20 – не очень опасным, а 6 – безопасным. При этом только 55 опрошенных женщин считали, что любое количество алкоголя во время беременности представляет опасность для здоровья женщины и плода.

Косвенно о допустимости употребления алкоголя во время беременности свидетельствуют ответы участниц исследования на вопрос о наличии среди их друзей или знакомых женщин, которые употребляли алкоголь во время беременности. Если у 55 % опрошенных женщин подобных друзей и знакомых нет, то у 40 % есть несколько друзей или знакомых, которые употребляли алкоголь во время беременности, а у 5 % подобных знакомых большинство. При этом подавляющее большинство опрошенных женщин (98 %) отвечали, что, имея подобный пример в ближайшем окружении, они выбирают для себя полный отказ от употребления алкоголя в случае наступления беременности.

Влияние фактора потребления алкоголя во время беременности в ближайшем круге общения у опрошенных женщин на итоговый балл по шкале RUS-AUDIT-S имело схожую тенденцию. Было выявлено, что практически среди половины опрошенных женщин (49 человек), в чьем ближайшем круге

Таблица 2

Различия в установке на полный отказ от употребления алкоголя во время беременности среди участниц исследования (n = 100)

	Среди друзей и знакомых есть женщины, употребляющие алкоголь во время беременности (n)	Среди друзей и знакомых нет женщин, употребляющих алкоголь во время беременности (n)	p <
<i>Полный отказ от употребления алкоголя при беременности</i>			
Откажутся от алкоголя во время беременности	49	36	—
Не откажутся от алкоголя во время беременности (n, %)	1	4	
<i>Уровень риска согласно тесту RUS-AUDIT-S</i>			
Низкий риск (n, %)	49	29	0,01
Опасное употребление, пагубное, риск алкогольной зависимости (n, %)	6	16	

присутствовали употребляющие алкоголь беременные, достоверно чаще определялся низкий риск возникновения алкогольной зависимости. Однако для 6 респондентов, имеющих среди близких друзей женщин, употребляющих алкоголь во время беременности, было характерно опасное употребление алкоголя, а также отмечен риск формирования алкогольной зависимости ($p < 0,01$) (табл. 2).

Осведомленность о фетальном алкогольном синдроме. Фетальный алкогольный синдром является вариантом замедленного роста и развития, как психического, так и физического, с дефектами черепа, лица, конечностей и сердечно-сосудистой системы, обнаруживаемым у некоторых детей, матери которых потребляли алкоголь во время беременности (определение ВОЗ, 1996). Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) фетальный алкогольный синдром или алкогольный синдром у плода (Q86.1) относится к классу XVII «Врожденные аномалии (пороки развития)» [5]. Согласно Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-10) фетальный алкогольный синдром или алкогольный синдром у плода (LD2F.00) относится к классу XX «Аномалии развития» [15].

В рамках исследования женщинам задавался вопрос о потенциальных вредных последствиях, связанных с употреблением

алкоголя во время беременности, для плода. Подавляющее большинство опрошенных женщин (95 %) знали о том, что употребление алкоголя во время беременности может нанести вред будущему ребенку, однако слышали о фетальном алкогольном синдроме только 25 %, что указывает на недостаточную осведомленность женщин о реальных последствиях пренатального воздействия этанола на плод. Из числа вероятных негативных последствий употребления алкоголя во время беременности для ребенка 83 % женщин указали на возможность возникновения задержки развития; 74 % – нарушений нервной системы; 66 % – умственной отсталости; 60 % – физических нарушений; 58 % – психологических и эмоциональных проблем; 58 % – психических нарушений. Реже респонденты указывали иные вредные последствия пренатального воздействия алкоголя: 46 % женщин – на поведенческие нарушения у ребенка в будущем; 42 % – на дисморфологические нарушения; 40 % – на проблемы в обучении; 31 % – на дефицит внимания и гиперактивность; 29 % – на зависимость от алкоголя; 1 % – на абстинентный синдром новорожденного.

Различия в осведомленности женщин о последствиях пренатального воздействия этанола на плод в зависимости от социально-демографических характеристик и источников получения информа-

ции о здоровье. Вне зависимости от наличия детей большинство женщин сообщили, что они знают о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода, однако из тех женщин, которые уже имели детей на момент заполнения опросника, 5 женщин ответили, что не обладают подобными знаниями ($p < 0,05$). При более детальном анализе было выявлено, что среди женщин, имевших детей, статистически чаще встречались ответы, свидетельствующие об их осведомленности, что употребление алкоголя во время беременности приводит к формированию у ребенка дисморфологических нарушений ($p < 0,05$) (табл. 3).

При анализе значимости активного информирования женщин о фетальном алкогольном синдроме (беседы с медицинским работником, посещение специализированных курсов) было выявлено, что среди тех женщин, которые регулярно посещали врача, статистически чаще встречались ответы об осведомленности о риске формирования

у ребенка физических нарушений в случае употребления алкоголя в течение беременности ($p \leq 0,05$) (табл. 4).

Со стороны тех участниц опроса, кто признавал важность посещения курсов для беременных, также статистически чаще встречались положительные ответы об их осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода ($p < 0,01$) (табл. 5).

Изучение влияния пассивного информирования (телевидение, статьи и сайты в интернете, информационные буклеты и др.) женщин о вреде употребления алкоголя во время беременности также позволило сделать ряд выводов. Среди тех женщин, которые в качестве источника информации указали собственные знания и образование, статистически чаще встречались ответы об осведомленности о том, что употребление алкоголя во время беременности приводит к формированию у ребенка проблем в обучении ($p < 0,01$) (табл. 6).

Таблица 3

Различия в осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода среди женщин, не имевших детей, и женщин с детьми (n = 100)

	Женщины, не имевшие детей (n)	Женщины, имевшие детей (n)	p <
<i>Осведомленность о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода</i>			
Осведомлены (n, %)	43	52	0,05
Не осведомлены (n, %)	0	5	
<i>Осведомленность о том, что употребление алкоголя приводит к формированию у ребенка дисморфологических нарушений</i>			
Осведомлены (n, %)	13	29	0,05
Не осведомлены (n, %)	30	28	

Таблица 4

Различия в осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода среди женщин, чьим источником информирования о здоровье являлись личные беседы с врачом или медицинским работником (n = 100)

	Источником информирования о здоровье являются личные беседы с врачом или медицинским работником (n)	Другие источники информирования о здоровье (n)	p <
<i>Осведомленность о том, что употребление алкоголя приводит к формированию у ребенка физических нарушений</i>			
Осведомлены	22	3	0,05
Не осведомлены	51	24	

Таблица 5

Различия в осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода среди женщин, чьим источником информирования о здоровье являлись курсы для беременных (n = 100)

	Отмечали важность посещения курсов для беременных, чтобы ребенок родился здоровым (n)	Не отмечали важность посещения курсов для беременных, чтобы ребенок родился здоровым (n)	p <
<i>Осведомленность о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода</i>			
Осведомлены	65	29	0,01
Не осведомлены	0	5	

Таблица 6

Различия в осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности для плода среди женщин, чьим источником информирования о здоровье являются собственные знания и образование (n = 100)

	Источником информирования о здоровье являются собственные знания и образование (n)	Другие источники информирования о здоровье (n)	p <
<i>Осведомленность о том, что употребление алкоголя приводит к формированию у ребенка проблем в обучении</i>			
Осведомлены	28	12	0,005
Не осведомлены	25	35	

Особое внимание хотелось бы уделить информированию посредством специальных сайтов в интернете (табл. 7). У тех женщин, которые в качестве источника информации указали статьи и специальные сайты в интернете, достоверно чаще встречались ответы

об осведомленности о том, что употребление алкоголя во время беременности приводит к повреждениям нервной системы у ребенка ($p < 0,01$), к задержке развития у ребенка ($p < 0,01$), а также к формированию у ребенка психических нарушений ($p < 0,05$).

Таблица 7

Различия в осведомленности о вредных последствиях употребления алкоголя во время беременности среди женщин, чьим источником информирования о здоровье являются статьи и специальные сайты в интернете (n = 100)

	Источником информирования о здоровье являются статьи и специальные сайты в интернете (n)	Другие источники информирования о здоровье (n)	p <
<i>Осведомленность о том, что употребление алкоголя приводит к повреждениям нервной системы у ребенка</i>			
Осведомлены	53	21	0,01
Не осведомлены	11	15	
<i>Осведомленность о том, что употребление алкоголя приводит к задержке развития ребенка</i>			
Осведомлены	58	25	0,01
Не осведомлены	6	11	
<i>Осведомленность о том, что употребление алкоголя приводит к формированию у ребенка психических нарушений</i>			
Осведомлены	42	16	0,05
Не осведомлены	22	20	

Выводы

Опрос женщин – пациенток женских консультаций г. Санкт-Петербург позволил сделать ряд выводов:

1. Наиболее значимыми для женщин источниками информации о вреде употребления алкоголя во время беременности являются беседы с врачом или медицинским работником, что позволяет эффективно осуществлять мероприятия по профилактике фетального алкогольного синдрома в медицинских организациях, оказывающих помощь женскому населению.

2. Среди наиболее значимых правил, которых должна придерживаться беременная для того, чтобы ребенок родился здоровым, опрошенные женщины указывали на полный отказ от употребления психоактивных веществ, однако только 85 % участниц исследования указали, что в случае наступления беременности полностью откажутся от употребления алкоголя.

3. Несмотря на высокую информированность большинства женщин (95 %) о том, что употребление алкоголя во время беременности может нанести вред, слышали о фетальном алкогольном синдроме только 25 % участниц исследования, что указывает на недостаточную осведомленность о женщинах о реальных последствиях пренатального воздействия этанола на плод.

4. Результаты скрининга с использованием теста RUS-AUDIT-S показали, что у 78 % опрошенных женщин был выявлен относительно низкий риск возникновения проблем, связанных с употреблением алкоголя, у 19 % – опасное употребление алкоголя, у 3 % – риск возможной алкогольной зависимости.

5. Наибольшую обеспокоенность вызывают результаты теста RUS-AUDIT-S в группе беременных женщин и женщин, планирующих беременность. По результатам теста

RUS-AUDIT-S среди беременных женщин, принявших участие в исследовании, четыре женщины из пяти, употребляли алкогольные напитки в течение последних 12 месяцев, а одна из пяти употребляла в течение этого периода алкоголь в опасных количествах. Среди 52 женщин, планирующих беременность в ближайшие 12 месяцев, у восьми было выявлено употребление алкоголя в опасных количествах, а у двух выявлен риск возможной алкогольной зависимости, что подтверждает необходимость осуществления программ профилактики фетального алкогольного синдрома среди женщин репродуктивного возраста в целом и в группе беременных женщин в частности.

Заключение. Наиболее действенной мерой предупреждения развития фетального алкогольного синдрома является полный отказ от употребления алкоголя как во время беременности, так и за несколько месяцев до ее наступления, так как потребление алкоголя в первые недели после зачатия, когда женщина еще может не подозревать о наступлении беременности, могут приводить к негативному воздействию этанола на эмбрион. Полученные в исследовании результаты указывают на сохраняющуюся необходимость совершенствования мероприятий, направленных на предупреждение употребления алкогольных напитков среди широких групп населения, в том числе беременными и женщинами, планирующими беременность. При этом активное информирование о вредных последствиях потребления алкоголя и проблемах развития детей, подвергшихся внутриутробному воздействию этанола, реализуемое в практической форме работниками здравоохранения, является значимым источником знаний о здоровье для женщин, обращающихся за медицинской помощью.

Литература

1. Анализ структурных и функциональных нарушений центральной нервной системы, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола, у детей младшего школьного возраста / Е.В. Фадеева [и др.] // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022. Т. 56, № 2. С. 56–66. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-56-2-56-66.
2. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Протокол исследования по валидации теста RUS-AUDIT. Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification

- Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2021. 52 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Руководство по проведению интервью в рамках валидационного исследования RUS-AUDIT. Адаптация и валидация теста AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, в Российской Федерации / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, 2022. 69 с.
 4. Изменения особенностей потребления алкоголя в Российской Федерации в первые месяцы пандемии COVID-19 / А.Ю. Гиль [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2021. № 5–6. С. 63–73. DOI:10.26347/1607-2502202105-06063-073.
 5. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 (принята 43-й Всемирной Ассамблеей Здравоохранения) / ГАРАНТ [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/4100000/> (дата обращения: 02.10.2022).
 6. Неврология: национальное руководство: в 2 т. Т. 2: Национальные руководства / ред. Е.А. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 432 с.
 7. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2021 году: Аналитический обзор / В.В. Киржанова [и др.]. ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2022. 202 с.
 8. Фадеева Е.В. Оценка физического развития детей как предварительный этап диагностики нарушений, связанных с внутриутробным воздействием этанола на плод / Е.В. Фадеева, А.Ю. Ненастьева, Г.А. Корчагина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2020. № 4. С. 73–81. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-4-73-81.
 9. Фадеева Е.В. Результаты критериальной и описательной оценки дисморфологических нарушений, возникших в связи с пренатальным воздействием этанола, у детей младшего школьного возраста / Е.В. Фадеева, А.Ю. Ненастьева, Г.А. Корчагина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2021. Т. 55, № 2. С. 62–72. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-2-62-72.
 10. Alcohol consumption among pregnant and non-pregnant women in Russia: evidence for prevention / T.N. Balachova [et al.] // *ABS*. 2018. Vol. 3, N 3. P. 59–68. DOI: 10.29413/ABS.2018-3.3.9.
 11. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis / S. Popova [et al.] // *The Lancet Global Health*. 2017. Vol. 5, N 3. P. e290–e299. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30021-9.
 12. Evaluating alcohol use among Russian women at risk for an alcohol-exposed pregnancy: A comparison of three measures of alcohol use / T. Balachova [et al.] // *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2018. Vol. 17, N 3. P. 324–334. DOI: 10.1080/15332640.2016.1201717.
 13. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / T. Vos [et al.] // *The Lancet*. 2017. Vol. 390, N 10100. P. 1211–1259. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
 14. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report / A. Peacock [et al.] // *Addiction*. 2018. Vol. 113, N 10. P. 1905–1926. DOI:10.1111/add.14234
 15. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Электронный ресурс]. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (дата доступа: 05.10.2022).
 16. Ripabelli G. Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: Implications in public health and preventive strategies / G. Ripabelli, L. Cimmino, G.M. Grasso // *Ann Ig*. 2006. Vol. 18, N 5. P. 391–406.
 17. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian language – a systematic review of validation efforts and application challenges / M. Neufeld [et al.] // *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021. Vol. 16, № 1. P. 76. DOI: 10.1186/s13011-021-00404-8.
 18. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / K.B. Tran [et al.] // *The Lancet*. 2022. Vol. 400, N 10352. P. 563–591. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01438-6.
 19. The Russian translations of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A document analysis and discussion of implementation challenges / A. Bunova [et al.] // *International Journal of Alcohol and Drug Research*. 2021. Vol. 9, N 1. P. 20–29. DOI: 10.7895/ijadr.287.
 20. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia: Russian women's alcohol consumption / T. Balachova [et al.] // *Addiction*. 2012. Vol. 107, N 1. P. 109–117. DOI:10.1111/j.1360-0443.2011.03569.x.
 21. World Health Organization. Alcohol policy impact case study: The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Alcohol policy impact case study / World Health Organization. Regional Office for Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019. 60 p.
 22. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 / World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2018. 450 p.

Поступила 09.03.2023 г.

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

Вклад авторов: Е.В. Фадеева – анализ литературы по теме исследования, разработка методологии и дизайна исследования, организация сбора первичных данных, анализ результатов, первичная обработка данных, написание текста статьи; А.М. Лановая – статистическая обработка данных психологических методик, редактирование и оформление текста статьи.

Для цитирования. Фадеева Е.В., Лановая А.М. Изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 68–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-68-80

E.V. Fadeeva^{1,2,3}, A.M. Lanovaya¹

Exploring the knowledge of women of reproductive age about the harmful effects of alcohol consumption

¹ National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyi Mogil'tsevskii lane, Moscow, Russia);

² Moscow State University of Psychology & Education (29, Sretenka Str., Moscow, Russia);

³ V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhterev Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Eugenia Vladimirovna Fadeeva – PhD Psychol. Sci., Head of the Department of Preventive Care, National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyi Mogil'tsevskii lane, Moscow, 119002, Russia); Associate Prof., Department of Clinical and Forensic Psychology, Faculty of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (29, Sretenka Str., Moscow, 127051, Russia); Associate Researcher, Department of Treatment of Inpatients with Addictive Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhterev Str., St. Petersburg, 192019 Russia), e-mail: nscnfadeeva@mail.ru; ORCID: 0000-0001-5411-9611

Alesya Mikhailovna Lanovaya – Research Associate, Department of Preventive Care, National Research Center on Addictions – branch, Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry (3, Malyi Mogil'tsevskii lane, Moscow, 119002, Russia), e-mail: alesya.lan@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4255-7953

Abstract

Relevance. In Russia, according to the World Health Organization, one of the highest rates of alcohol consumption among women of reproductive age is observed, highlighting the need for intensifying preventive measures through active and passive information dissemination about the negative consequences of alcohol consumption during pregnancy, particularly concerning fetal alcohol syndrome.

The Purpose: to investigate the awareness of women of reproductive age about the harmful effects of alcohol consumption.

Methodology. The study involved 100 women aged from 17 to 46 years ($M = 30.7$; $SD = 0.6$). The following scales were used: 1) the questionnaire of awareness of the alcohol consumption during pregnancy consequences, sources of information about a healthy lifestyle and activities that should be followed for a child's health; 2) RUS-AUDIT-S, a brief test for detecting alcohol-related disorders. Data analysis included frequency distribution analysis and contingency table analysis using the chi-square test.

Results and Discussion. The results showed that 95 % of women were aware that drinking alcohol during pregnancy could harm the unborn child, but only 25 % were aware of fetal alcohol syndrome. These results indicate a lack of awareness among women of the potential effects of prenatal exposure to ethanol on the fetus. According to the results of the RUS-AUDIT-S among pregnant women who participated in the study, four out of five women drank alcoholic beverages during the last 12 months, and one out of five drank alcohol in dangerous quantities during this period. Among 52 women planning a pregnancy in the next 12 months, eight were identified as drinking in hazardous amounts, and two were at risk of possible alcohol dependence. The importance of talking to a health care professional as an important source of health information for women was found to be high, enabling effective prevention of fetal alcohol syndrome in healthcare organisations providing care to the female population in the obstetrics and gynaecology specialty.

Conclusion. The findings of the study point to the remaining need to improve interventions aimed at preventing alcohol consumption among the general population, including pregnant women and women planning to become pregnant. Active dissemination of information about the harmful consequences of alcohol consumption and the developmental problems faced by children exposed to intrauterine ethanol exposure, implemented in the practical activities of healthcare professionals, serves as a significant source of health knowledge for women seeking medical assistance.

Keywords: women of reproductive age, awareness, alcohol, pregnancy, fetal alcohol syndrome.

References

1. Fadeeva E.V., Lanovaya A.M., Nenastieva A.Yu., Korchagina G.A. Analiz strukturnyh i funkcional'nyh narushenij central'noj nervnoj sistemy, voznikshih v svyazi s prenatal'nyim vozdejstviem etanola, u detej mladshego shkol'nogo vozrasta [Analysis of structural and functional central nervous system abnormalities associated with prenatal exposure to ethanol in children of primary school age]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2022; 56 (2):56–66. DOI: 10.31363/2313-7053-2022-56-2-56-66. (In Russ.)
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Protokol issledovaniya po validacii testa RUS-AUDIT/ Adaptaciya i validaciya testa AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) dlya vyyavleniya rasstrojstv, obuslovlennyh upotrebleniem alkogolya, v Rossijskoj Federacii [The RUS-AUDIT validation study protocol: adapting and validating the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation]. 2021. 52 p. (In Russ.)
3. World Health Organization. Regional Office for Europe. Rukovodstvo po provedeniyu interv'yu v ramkah validacionnogo issledovaniya RUS-AUDIT. Adaptaciya i validaciya testa AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) dlya vyyavleniya rasstrojstv, obuslovlennyh upotrebleniem alkogolya, v Rossijskoj Federacii [RUS-AUDIT Validation Study Interview Guide. adapting and validating the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian Federation]. 2022. 69 p. (In Russ.)
4. Gil A.U., Vyshynsky K.V., Fadeeva E.V., Khalfin R.A. Izmeneniya osobennostej potrebleniya alkogolya v Rossijskoj Federacii v pervye mesyacy pandemii COVID-19 [Changes in alcohol consumption in the Russian Federation during the first months of the covid-19 pandemic]. *Problemy standartizacii v zdravoohranenii* [Health Care Standardization Problems]. 2021; (5–6):63–73. DOI: 10.26347/1607-250220210506063-073. (In Russ.)
5. Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej desyatogo peresmotra MKB-10 (prinyata 43-ej Vsemirnoj Assambleej Zdravoohraneniya) [International classification of diseases of the tenth revision of the ICD-10 (adopted by the 43rd World Health Assembly)]. GARANT. [Elektronnyi resurs]. Available at: <http://base.garant.ru/4100000/> (accessed: 02.10.2022). (In Russ.)
6. Nevrologiya: nacional'noe rukovodstvo : v 2-h t. T. 2. : Nacional'nye rukovodstva [Collected Works: in 2 vols. Vol. 2: National guides]. Ed. E.A. Gusev, A.N. Konovalov, V.I. Skvortsova. Moscow: GEOTAR-Media, 2021. 432 p. (In Russ.)
7. Sostoyanie i deyatelnost' narkologicheskoy sluzhby v Rossijskoj Federacii v 2021 godu: Analiticheskij obzor [The state and work of the narcological service in the Russian Federation in 2021: Analytical review] Kirzhanova V.V., Grigorova N.I., Bobkov E.N., Kirzhanov V.N., Sidoryuk O.V. *Nacional'nyj medicinskij issledovatel'skij centr psikiatrii i narkologii im. V.P. Serbskogo* [National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology n.a. V.Serbsky]. 2022. 202 p. (In Russ.)
8. Fadeeva E.V., Nenastieva A.Yu., Korchagina G.A. Ocenka fizicheskogo razvitiya detej kak predvaritel'nyj etap diagnostiki narushenij, svyazannyh s vnutritrobnym vozdejstviem etanola na plod [Assessing physical development in children as the preliminary stage of detecting developmental disorders related to prenatal ethanol exposure]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2020; (4):73–81. DOI: 10.31363/2313-7053-2020-4-73-81. (In Russ.)

9. Fadeeva E.V., Nenastieva A.Yu., Korchagina G.A. Rezul'taty kriterial'noj i opisatel'noj ocenki dismorfologicheskikh narushenij, vznikshih v svyazi s prenatal'nym vozdeystviem etanola, u detej mladshogo shkol'nogo vozrasta [Results of criterional and descriptive assessing dysmorphological disorders associated with prenatal exposure to ethanol in children 7-10 years of age]. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2021; 55 (2): 62–72. DOI: 10.31363/2313-7053-2021-55-2-62-72. (In Russ.)
10. Balachova T.N., Isurina G.L., Skitnevskaya L.V. Alcohol consumption among pregnant and non-pregnant women in Russia: evidence for prevention. *ABS*, 2018; 3 (3): 59–68. DOI: 10.29413/ABS.2018-3.3.9.
11. Popova S., Lange S., Probst C., Gmel G., Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 2017; 5 (3): e290–e299. DOI: 10.1016/S2214-109X(17)30021-9.
12. Balachova T., Sobell L.C., Agrawal S., Isurina G., Tsvetkova L., Volkova E. Evaluating alcohol use among Russian women at risk for an alcohol-exposed pregnancy: A comparison of three measures of alcohol use. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 2018; 17 (3): 324–334. DOI: 10.1080/15332640.2016.1201717.
13. Vos T., Abajobir A.A., Abate K.H., Abbafati C., Abbas K.M., Abd-Allah F. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017; 390 (10100): 1211–1259. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
14. Peacock A., Leung J., Larney S., Colledge S., Hickman M., Rehm J. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 2018; 113 (10): 1905–1926. DOI:10.1111/add.14234.
15. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (accessed: 05.10.2022).
16. Ripabelli G., Cimmino L., Grasso G.M. Alcohol consumption, pregnancy and fetal alcohol syndrome: implications in public health and preventive strategies. *Ann Ig*, 2006; 18 (5):391–406.
17. Neufeld M., Bunova A., Ferreira-Borges C., Bryun E., Fadeeva E., Gil A. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian language – a systematic review of validation efforts and application challenges. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021; 16 (1): 76. DOI: 10.1186/s13011-021-00404-8.
18. Tran K.B., Lang J.J., Compton K., Xu R., Acheson A.R., Henrikson H.J. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2022; 400 (10352): 563–591. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01438-6.
19. Bunova A., Neufeld M., Ferreira-Borges C., Bryun E., Fadeeva E., Gil A. The Russian translations of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A document analysis and discussion of implementation challenges. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 2021; 9 (1):20–29. DOI: 10.7895/ijadr.287.
20. Balachova T., Bonner B., Chaffin M., Bard D., Isurina G., Tsvetkova L. Women's alcohol consumption and risk for alcohol-exposed pregnancies in Russia: Russian women's alcohol consumption. *Addiction*, 2012; 107 (1): 109–117. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03569.x.
21. World Health Organization. Alcohol policy impact case study: the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Alcohol policy impact case study / World Health Organization. Regional Office for Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2019. 60 p.
22. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. *World Health Organization*. Geneva: *World Health Organization*. 2018. 450 p.

Received 09.03.2023

For citing: Fadeeva E.V., Lanovaya A.M. Izuchenie osvedomlennosti zhenshchin reproduktivnogo vozrasta o vrednykh posledstviyakh upotrebleniya alkogolya. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):68–80. (In Russ.)

Fadeeva E.V., Lanovaya A.M. Exploring the knowledge of women of reproductive age about the harmful effects of alcohol consumption. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):68–80. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-68-80

А.Э. Лиманская, П.К. Тромбчиньски

ОБРАЗ ОТЦА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МУЖЧИН С РАЗЛИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ ИЗ ПОЛНЫХ СЕМЕЙ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9)

Актуальность. В силу растущей распространенности неполных семей в последнее время исследователи все чаще сосредотачиваются на фигуре отсутствующего отца, тогда как еще не до конца решен вопрос о вкладе отцовских практик воспитания в формирование и функционирование психологического пространства сына в полных семьях. Незавершенным остается и вопрос о качестве и механизмах влияния фигуры отца на психосексуальное развитие сына и паттерн привязанности.

Цель – изучить индивидуально-психологические особенности личности у мужчин с различной сексуальной ориентацией, выросших в полных семьях, в соотношении с характеристиками их отцовской фигуры.

Методология. Для изложения текущего состояния понимания проблемы проведен обзор научных статей, опубликованных в период с 2000 по 2019 г. в электронных базах данных. В соответствии с целью исследования нами было представлено описание трех случаев, включающих мужчин с разной сексуальной ориентацией, выросших в полных семьях. Исследование проводилось с помощью клинической беседы, а также с использованием стимульного материала методики «Незаконченные предложения».

Результаты и их обсуждение. Рассмотрена актуальность проблемы образа отца, его психологические аспекты; дан краткий анализ исследования трех кейсов, включающих мужчин различной сексуальной ориентации, выросших в полных семьях; описаны результаты исследования их образа себя и образа партнера; соотнесены картины семейной среды и романтических отношений, а также приведены потенциальные направления психотерапевтической работы.

Заключение. Проработка неадаптивных паттернов и последующих проблем в межличностной коммуникации может стать одним из перспективных направлений психотерапевтической работы с респондентами, чей образ отца окрашен негативно, а картина семейных отношений дисгармонична.

Ключевые слова: образ отца, образ себя, детско-родительские отношения, дисгармоничное воспитание, типы привязанности, мишени психотерапии.

Введение

Как зарубежных, так и отечественных исследований образа отца по-прежнему недостаточно, и в основном они проводятся на выборке детей и подростков, тогда как на взрослой выборке почти не представле-

ны. Тем не менее обнаружено, к примеру, что при наличии принимающего и утешающего отца в ситуации эмоционального стресса, гнева или печали дети в дальнейшем менее склонны к негативным эмоциональным состояниям. Взаимодействие отца и ребенка

✉ Лиманская Алина Эдуардовна – студент каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (199034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: allimane15@gmail.com;

Тромбчиньски Петр Крыстиан – канд. психол. наук, доц. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петербург. гос. ун-т (199034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: p.trombchinski@spbu.ru

и совместный поиск социальных возможностей достоверно предсказывают будущую социальную компетентность ребенка [15].

Рядом исследований были установлены три основные закономерности, указывающие на важность более глубокого изучения картины отношений ребенка с его отцовской фигурой, а именно: можно говорить о том, что отцы больше, чем матери, склонны реагировать на детей в зависимости от их пола; больше, чем матери, обеспокоены гендерной конформностью своих детей и больше, чем матери, склонны дифференцировать свои модели поведения между дочерьми и сыновьями. Полученные данные также свидетельствуют о том, что гендерное ролевое поведение как у мужчин, так и у женщин в большей степени зависит от качества их отношений с отцами, чем с матерями [10, 14].

Существенным и неразрешенным остается и вопрос о качестве и механизмах влияния фигуры отца на психосексуальное развитие сына. Хотя психоаналитический подход традиционно базирует свое представление о формировании гомосексуальности на фигуре «слабого отца», ряд современных исследований показывает, что гомосексуальность сына скорее может быть ассоциирована с фигурой эмоционально отстраненного, холодного и сверхконтролирующего отца [2, 3, 13, 17].

Хотя в последнее время исследователи все чаще сосредотачиваются на влиянии отсутствия в структуре семьи отца, не решен до конца вопрос о вкладе отцовских практик воспитания в формирование и функционирование психологического пространства сына в полных семьях [11]. Недостаточно и исследований, посвященных анализу отцовского вклада в развитие ненадежных типов привязанности.

Психологические аспекты отцовской фигуры и ее влияние на психологическое пространство личности: обзор литературы

Наиболее существенные для анализа детско-родительских отношений психологические аспекты родительской фигуры И.М. Марковская в 1998 году положила в основу опросника для диагностики особенностей

взаимодействия родителей и детей [4]. Эти аспекты выступают эффективными критериями для оценки взаимодействия родителей с детьми и включают в себя требовательность родителя, строгость родителя, уровень контроля по отношению к ребенку, эмоциональную близость родителя, принятие ребенка родителем, сотрудничество, согласие с ребенком, последовательность (надежность), авторитетность и уровень удовлетворенности ребенка отношениями с родителем.

Качественное времяпрепровождение отца и ребенка повышает самооценку формирующейся личности, уверенность в себе, социальную компетентность, эмоциональный интеллект и жизненные навыки. Эмоциональный обмен между отцом и ребенком во время игрового взаимодействия помогает детям распознавать эмоциональные сигналы и одновременно контролировать выражение эмоций в рамках оптимального аффекта; из этого контакта ребенок узнает о роли эмоций в контексте отношений, что в дальнейшем отражается на принятии его сверстниками и наоборот [18].

Младшие подростки 8–13 лет с депрессивными проявлениями оценивают своих отцов как менее заботливых и более контролирующих [12]. Подростки с повышенным уровнем тревоги чаще оценивают отца как требовательного, доминантного и ненадежного. Тогда как эмоционально благополучные подростки позитивно воспринимают отца, особенно отмечая такие его качества, как заботливость и принятие [7].

Исследования Вассермана, Подольского и коллег выявили связь между отдельными аспектами воспринимаемых подростками воспитательных практик отца с выраженностью у них симптомов депрессии, тревоги, делинквентности [1, 6]. Было показано, что высокая вовлеченность отца в детстве коррелирует с более низким уровнем антиобщественного поведения и злоупотребления психоактивными веществами в подростковом возрасте [16]. Подростки, демонстрировавшие высокую идентификацию с отцом, на 80 % реже попадали в тюрьму и на 75 % реже становились родителями вне брака [9].

В отечественной традиции особое внимание уделяется неправильным типам семейного воспитания, а родительские практики зачастую рассматриваются как источник невротизации ребенка. Так, следствием гиперопеки становятся тревожность, депрессивные расстройства, соматизация («бегство в болезнь»). Вследствие чрезмерной вовлеченности родителя и постоянных ограничений свободы у ребенка формируется и поддерживается привычка к избеганию, восприятие нового как опасного, неумение верно оценить реальную угрозу и приспособиться к ней. Безусловно невротизирующей признается враждебная практика воспитания. Постоянное недовольство, неодобрение и обесценивание чувств ребенка приводят к формированию деструктивного и саморазрушающего поведения. Российские исследователи выделили три родительских стратегии, наиболее существенно невротизирующих ребенка: это «отказ от дифференциации», при котором в семье регистрируется недопущение конфликта различий, предпочтение «одинаковости», «все хорошо, если мы не имеем различий»; «сопровождение тревогой» с сопутствующими недоверием к ребенку и чрезмерным контролем его деятельности; «переделывание ребенка», основной смысл которого состоит в оценке свойства ребенка или его способа действий как недостаточно хорошего и их исправлении [8].

Исследования показывают, что господствующий в сознании сыновей образ отцовской фигуры теснее связан с их отношением к специфически сексуальным аспектам межполового взаимодействия, чем образ материнской фигуры, а также, что гетеросексуалы, независимо от пола, показывают большее отличие от гомосексуалов в особенностях отношений с отцовской фигурой, нежели с материнской [13]. Российское исследование связи образа отца с полоролевой идентификацией сыновей указывает на то, что эмоционально негативный или амбивалентный отцовский образ у подростка однозначно выступает неблагоприятным фактором, а именно – показано, что сверхконтролирующий отец затрудняет полороле-

вую идентификацию младших подростков-мальчиков и усиливает их эмоциональное неблагополучие [2]. Канадское исследование среди католиков-семинаристов показало, что гомосексуальные семинаристы демонстрировали значительно более низкий уровень близости со своими отцами, чем гетеросексуальные. В отношении матерей таких различий не было. Хотя направленность данной корреляции нельзя установить однозначно, эти результаты не только придают новое значение психоаналитической теории гомосексуальности и важности однополой эмоциональной связи в психосексуальном гендерном развитии мужчин, но и потенциально включают гомосексуальных мужчин в группу риска по многим параметрам психологического и социального неблагополучия [17].

Одним из дополнительных факторов травматизации в семейной среде, с которыми сталкивается гомо- или бисексуальный сын, является необходимость скрывать свою идентичность перед близкими людьми либо столкнуться с последствиями раскрытия ее своей семье. Исследования показывают, что если матери склонны открываться около 41% юношей, то лишь менее 15% юношей доверились в этом своему отцу [3, с. 276]. Кроме того, ребенок, не склонный к конформной стратегии поведения по ходу взросления, также будет чаще сталкиваться с невротизирующими практиками воспитания в родительской семье, или принудительное соответствие конформной стратегии поведения будет выступать отдельным невротизирующим фактором для личности. Эти факторы дополнительно усложняют установление эмоциональной связи и идентификации сына с отцом, вследствие чего можно ожидать, что область отношений с отцовской фигурой будет одной из наиболее конфликтных у негетеросексуального мужчины и потребует особого внимания в психотерапевтической и психокоррекционной работе.

Материал и методы

Нами было проведено исследование трех случаев с целью изучения влияния характеристик отцовской фигуры на инди-

видуально-психологические особенности личности, такие как образ себя, образ партнера и картина романтических отношений, у мужчин с различной сексуальной ориентацией, выросших в полных семьях. Методы исследования подбирались в соответствии с целью, задачами, спецификой объекта и предмета исследования. Исследование проводилось с помощью клинической беседы с включением стимульного материала методики «Незаконченные предложения», адаптированной в лаборатории медицинской психологии Ленинградского НИИ психоневрологии им. В.М. Бехтерева [5]. Качественный анализ результатов данной проективной методики позволил выявить наиболее напряженные конфликтные сферы отношений индивида и прицельно исследовать характер конфликта. Для целей данного исследования часть предложений были переформулированы с учетом сексуальных и романтических предпочтений респондентов. Интервью проводилось лично или посредством видеосвязи.

Результаты и их анализ

Приведем три кейса респондентов с различной сексуальной ориентацией и качественно проанализируем показанные ими результаты и глубинные интервью.

Первый респондент бисексуален. Родной ребенок, живет с родителями. Родительская семья И. состоит из матери, отца, старшего и младшего братьев и бабушки по материнской линии. В семье никто не знает о его сексуальной ориентации, однако респондент открылся некоторым близким друзьям. И. сообщает, что мать принимала больше участия в его воспитании и с ней он был ближе всего из взрослых. Конфликты у него чаще возникали с отцом. И. – средний ребенок в семье с тремя детьми. Отец И. – требовательная фигура, однако в меру строгая и не слишком контролирующая: в детском и подростковом возрасте он предоставлял И. достаточно высокий уровень автономии по сравнению с его сверстниками. Однако отец И. эмоционально холоден, отстранен и не вовлечен

в жизнь своего сына, он практически отсутствует в ней. Такое сочетание характеристик, как требовательность при высокой автономии, эмоциональной дистантности и отсутствии сотрудничества, указывает на то, что присутствие отца в жизни сына здесь скорее формальное. Кроме того, отец И. – непоследовательная, ненадежная фигура. Можно ожидать, что эпизоды кажущегося принятия сменялись эпизодами тотального дистанцирования. В целом И. не удовлетворен отношениями с отцом, не идентифицирует себя с ним и не считает его авторитетной фигурой.

Респондент отмечает, что в детстве отец особо никак не участвовал в его жизни по причине постоянной занятости на работе, дома присутствовал в свободное от работы время и в основном занимался собой. Когда И. находился в подростковом возрасте, его отец поднялся по карьерной лестнице и стал много выпивать со своим другом, применять к матери физическое насилие. Характеристики образа отца, который описывает И., можно свести к недоступной, ненадежной, формально присутствующей, психологически отсутствующей фигуре («иногда как будто два разных человека: один нам там завтрак приготовит, есть позовет, а потом резко отключается и сидит дальше играет»). Его участие в своей сознательной жизни И. описывает с точки зрения материального обеспечения и трансляции картинки «хорошей» семьи вовне («дарил на день рождения дорогие подарки... иногда водил нас в ресторан... но это было исключительно потому, что приезжала проверка из Москвы, просто выгул, показать, что он такой вот хороший»). Моментов близости, положительных событий в отношениях с отцом И. не помнит.

В целом в семейной среде И. играет роль забытого, оставленного ребенка конфликтующих родителей, существующего само по себе и развившего в ответ на такого рода травмирующую ситуацию копинги по типу эмоционального отстранения. При попытке актуализировать образ себя-ребенка наблюдается активное эмоциональное отстранение и высокая формализация отве-

тов (на незаконченное предложение «Когда я был ребенком...» отвечает: «...я был маленьким»). О себе говорит, что не привык делиться своим личным, обычно переживает все «сам в себе» и «сам с собой» все переносит – в этих словах ярко демонстрируется предпочтительное использование копинг-режимов по типу отстранения. Образ себя у И. как будто бы отделен от других людей стеной, лишен способности к близости, но при этом он испытывает довольно сильные эмоции, стремящиеся вовне. Сконцентрированность на собственных непрожитых переживаниях загоняет И. глубже в такой «эмоциональный вольер», но в то же время любые возникающие эмоции И. склонен воспринимать как слабость, подавлять внутри себя, замыкая порочный круг («хочется, чтобы кто-то взял и решил твои проблемы, бывают такие слабости... но через некоторое время понимаешь, что никто твои проблемы не решит»). Стремление И. к самостоятельному превозмоганию тесно сплетается с желанием «повзрослеть», стать «сильным», вырваться из роли «маленького», наблюдателя семейных конфликтов, в которой прошло его детство («на всем этапе взросления все время есть препятствия, то, что нужно превозмочь, победить»; «[идеалом мужчины для меня является] сильный, не в физическом плане, а эмоционально должен многое пережить, превозмочь»; «[больше всего я хотел бы в жизни] уехать отсюда»).

В романтических отношениях у И. высока ориентация на покинутость, ожидание исхода, в котором он остается один. Сам И. объясняет это географическим положением города проживания, однако даже на расстоянии не преуспевает в том, чтобы сохранить отношения. На романтические отношения смотрит скорее со стороны, из позиции равнодушного наблюдателя: в его повествовании не звучит активного стремления к близости, как и ее активного избегания, поиск скорее пассивный, тема близости фоновая и эмоционально бедная, формальная («[когда я вижу людей в отношениях] умиляюсь»; «[совместная жизнь с партнером кажется мне] неплохим вариантом»)). В партнере И.

ищет эмоциональную отдачу и проявляет себя в роли покинутого альтруистического дарителя («ты даришь себя полностью человеку, пытаешься дать ему то, что ему требуется, пожертвовать своим временем, но человек просто принимает это и в ответ ничего не дает, а хотелось бы видеть отдачу»). Вероятно, предпочтение данной роли в романтических отношениях у И. связано с тем, что он с детства не привык получать эмоциональный отклик и стремится к холодным, недоступным, сугубо принимающим партнерам обоего пола.

Второй респондент гомосексуален. В детстве и подростковом возрасте значимыми мужскими фигурами называет тренеров. О сексуальной ориентации Н. знают его друзья и мать, от отца он эту информацию скрывает. Родители Н. живут вместе; Н. сообщает, что оба родителя принимали одинаковое участие в его воспитании, однако ближе всего он был с матерью. Конфликты чаще всего возникали с отцом. Н. – единственный ребенок в семье. Отец Н. – требовательная, властная, авторитарная, контролирующая фигура, при этом отец эмоционально холоден и отстранен, не вовлечен в жизнь своего сына и активно отвергает его. Отец Н. характеризуется высокой последовательностью в своем поведении, и следует ожидать, что отвергающий, холодный и контролирующий паттерн был свойствен отношениям отца и сына на протяжении всего процесса воспитания. Н. глубоко не удовлетворен отношениями со своим отцом и отвергает идентификацию с ним.

В картине отношений с отцом герой нарратива Н. всегда выступает заведомо проигравшим, не видит в себе силы противостоять, при этом постоянно ощущает себя покинутым и незащищенным и существует преимущественно в режимах Уязвимого ребенка (в диаде отец – сын) и Сердитого ребенка (в триаде отец – мать – сын). Ведущим конфликтным режимом в структуре личности Н. выступает интроспекция отца – Требовательный родитель, который продолжает внутренне требовать соответствия идеальному плану, абстрактному недостижимому

образу идеального сына и вызывает активацию копинга «Высокомерный самовозвеличитель», из которого Н. направлен на поиск социальной валидации и одобрения путем имитации активной деятельности и вовлеченности в жизнь, а также детского режима Необузданного ребенка, где Н. саботирует давление Требовательного родителя, направляет активную деятельность в импульсивное, эскапистское русло. По всей видимости, именно этот внутренний конфликт может быть ответствен за выраженную пограничную организацию данной личности.

Говоря о самовосприятии, стоит отметить, что респондент не принимает свою ориентацию, считает ее отклонением, стыдится себя и ощущает вину по этому поводу («мама могла бы и запомнить, что у меня какие-то отклонения», «если бы мне предложили сменить ориентацию, я сказал бы “да”»). Основная тягота, связанная с собственными сексуальными предпочтениями для Н. – это невозможность создать «нормальную» семью, с партнером и родным ребенком, по этому поводу он глубоко переживает, может отстраняться от социума неделями, тяжело реагирует на счастье своих друзей в отношениях. Глубокое убеждение в собственной дефективности порождает у Н. множество когнитивных искажений и создает ощущение, что он намеренно саботирует существующие варианты разрешения трудностей. Роль Уязвимого ребенка, тема слабости и необходимости в защите предсказуемо «кочует» в разговор о романтических отношениях. У данной личности роль в романтических отношениях и роль в семейной среде не разведены: в ответ на просьбу рассказать про тренера, выступившего в роли отцовской фигуры для Н. в определенный период жизни, он говорит о том, что сравнивал своих тренеров с отцом, оценивал с позиции «Каким бы был мой папа, если бы папа был хорошим», однако при этом упоминает, что «смотрел на них уже как на мужчин», и отождествляет тот момент с осознанием гомосексуального влечения. В значимых мужских фигурах Н. ищет защиту, желание и способность выслушать, поддержать эмо-

ционально, приободрить и наставить, при этом возникает впечатление, что самооценка Н. наиболее высока именно в тех отношениях, где он может безопасно из позиции Уязвимого ребенка получить опеку более зрелого партнера. Можно говорить о том, что Н., по сути, бессознательно стремится к романтическим отношениям как к среде для организации ограниченного родительства. Год назад Н. перенес тяжелое расставание с партнером, которого сам характеризует как «любовь всей своей жизни», и сейчас в свое будущее Н. смотрит из позиции брошенного и преданного человека, убежденного в том, что любые его отношения будут заканчиваться одинаково. При этом существует некоторое противоречие, ведь Н., несмотря на то что заранее настроен на их провал, активно ищет новых отношений («...чего я ищу в партнере? Да мне бы уже хоть чего-нибудь найти»). Разрыв серьезных отношений с идеализированным партнером Н. ощущает как крах собственной личности и крах надежд на будущее, что в целом свойственно пограничной личности («все катится в тартарары какое-то, и я не понимаю, что дальше делать, куда идти»).

Третий респондент гетеросексуален, не женат, детей нет. Родительская семья Р. состоит из матери, отца и двух младших сестер. Родители Р. живут вместе; Р. сообщает, что мать и бабушка принимали больше участия в его воспитании и с матерью он был ближе всего из взрослых. Конфликты чаще всего возникали с отцом. Р. – старший ребенок. Отец Р. в меру требователен и в меру строг, высоко последователен в своем поведении. Его нельзя назвать контролирующим, так как он предоставлял Р. достаточно высокий уровень автономии по сравнению со сверстниками. Отец Р. является активно отвергающей фигурой, эмоционально холоден, отстранен и не вовлечен в жизнь своего сына. Р. не удовлетворен отношениями с отцом, не идентифицирует себя с ним, отец не является для него авторитетом.

Характеристики образа отца Р. сводятся к отвергающей, враждебной, отсутствующей фигуре («я как-то положительных моментов

особо и не помню, либо его вообще не было, либо какие-то проблемы с ним»). Отец Р. – полицейский и часто отсутствовал дома, уезжая в длительные командировки в горячие точки, но, несмотря на физическое отсутствие, образ отца с негативной коннотацией ярко существует в психологическом пространстве Р. Отец Р. наиболее показательно для сына проявлял себя в конфликтных отношениях со своей супругой, его матерью, а с сыном общался по формальным поводам, короткие периоды насыщенного «участия» отца в жизни Р. характеризовались постоянными противостояниями на почве финансовых затрат, учебы и образа жизни. В психическом пространстве данной личности отец существует как навязанный антагонист и выступает постоянным источником фонового напряжения, потому как прямой конфликт с ним, тянувшийся с самого детства, так и не разрешается для Р. Незаконченное предложение «Я хотел бы, чтобы мой отец...» Р. продолжает следующим образом: «...перестал меня донимать, прекратил бы вообще в принципе со мной общаться. Мне не хочется его вообще в принципе видеть, но приходится».

Образ себя данного респондента отмечает высокое стремление к уединению наряду с высокой эмоциональной депривацией и ощущением покинутости («[я мог бы быть очень счастливым, если бы] уединился»; «[когда я был ребенком, то] часто был один»; «[в школе мои учителя] игнорировали меня... в любом случае, когда к тебе так относятся, меньше внимания – это вообще здорово»). Несформированность идентичности ярко проявляет себя в непреодолимых затруднениях давать ответы на незаконченные предложения, характеризующие сферу романтических отношений и сферу страхов, в высокой абстракции ответов на предложения из сфер прошлого, будущего, идеального и реального «Я».

Картина романтических отношений у данной личности отрицательная, отношение к близости – избегающее («[когда я вижу женщину рядом с мужчиной, то] я не думаю об этом»; «[супружеская жизнь кажется мне] отягчающей»). При детальном расспросе на

эту тему Р. объясняет, что браком не хочет связывать себя «принципиально». На вопрос о романтическом партнерстве говорит, что иногда чувствует потребность в интимном общении, а иногда ему кажется, что это «полностью бессмысленно». Избегающее отношение к близости и стремление к уединенному образу жизни у данной личности может объясняться глубокой эмоциональной депривацией с детства, хроническим неудовлетворением эмоциональных потребностей ребенка родителями в раннем возрасте, отсутствием положительных моделей семейной и супружеской жизни, активным отвержением идентификации со своей отцовской фигурой, ощущением постоянного напряжения и усталости от нахождения в конфликтной семейной среде.

Заключение

Таким образом, у всех троих респондентов образ реального отца окрашен негативно и отчетливо звучит тема психологически отсутствующего отца.

В первом случае отец присутствует чисто формально, однако его психологическая недоступность обусловлена нестабильностью, ненадежностью данной фигуры; во втором случае присутствие отца давящее и тираническое, со все той же эмоциональной отстраненностью, и здесь психологическая недоступность основана на активном отвержении со стороны недовольного отца и на пассивном страхе со стороны уязвимого ребенка; в третьем случае отец отсутствует даже формально, а на его месте присутствует конфликтная, враждебная фигура, которой, по субъективному ощущению респондента, лучше бы не было в его психологическом пространстве.

Результатом влияния ненадежного отца на сына в первом случае становится равно нестабильный, разнонаправленный образ себя с противоборствующими стремлениями к полной сепарации и поддержке, опеке со стороны партнера. Данное влияние может быть ответственно за соответствующие проблемы сына в межличностных отношениях,

страх ответственности со стремлением к эмоционально недоступным, непостоянным партнерам и краткосрочным отношениям.

Контролирующий отец во втором случае созидает сына, стремящегося к получению одобрения за пределами семьи любым путем, к постоянной валидации вовне, которая по механизму гиперкомпенсации превращается в устремление к симбиотическому слиянию с идеализированным опекающим партнером, способным предоставить необходимое отеческое одобрение, и при потере этого партнера приводит к катастрофическому удару по самооценке сына.

Враждебный отец в третьем случае формирует сына, живущего в состоянии активного конфликта, в режиме выживания, с преобладающими эмоциями гнева и импульсивности, не желающего принимать традиционную семейную модель и замкнутого в себе, тормозит здоровое формирование идентичности, развивает механизмы отрицания и вызывает желание сбежать из небезопасного окружения.

В случаях респондентов, в чьи сексуальные предпочтения входят партнеры мужского пола, можно также наблюдать тенденцию к неосознанному поиску в потенциальном партнере присущих дисгармоничному отцовскому образу качеств, наряду с сознательным конструктивным поиском качеств, позволяющих удовлетворить те эмоциональные нужды, которыми в семейном окружении сына пренебрегали. Так, в первом случае, хотя респондент и высказывает вслух, что хотел бы встретить партнера, способного дать эмоциональный отклик, на деле же он из раза в раз выстраивает поверхностные отношения с эмоционально недоступными и непредсказуемыми людьми и занимает в них привычную для себя роль «дающего, но не получающего ничего взамен». Во втором случае респондент ищет заботливого, опекающего партнера – на первый взгляд, полную противоположность отцовскому образу, однако здесь же звучит требование к партнеру быть сильной, авторитарной личностью, которая станет «каменной стеной», целиком возьмет на себя ответствен-

ность в отношениях и позволит респонденту и дальше пребывать в привычном для себя режиме слабого, уязвимого ребенка, нуждающегося в защите и воспитании.

Все три случая иллюстрируют то, как следствием дисгармоничных детско-родительских отношений становится формирование ненадежных типов привязанности и возникновение проблем в установлении и поддержании интимных отношений. Так, в первом случае сочетание негативного образа себя и недоверия к партнеру порождает двойное отношение к близости, характерное для тревожно-избегающего типа привязанности. Во втором случае неуверенность в себе и желание высокой степени эмоциональной близости с партнером создает поведение, свойственное людям с тревожным типом привязанности. Третий респондент в результате защитной реакции склонен позитивно оценивать себя и негативно – потенциальных партнеров, стремиться к побегу от социальных связей и к уходу во внутренний мир. Такая стратегия поведения чаще всего характеризует избегающе-отвергающий тип привязанности. Проработка этих паттернов, неадаптивных стратегий поиска романтического партнера и последующих проблем в межличностной коммуникации может стать одним из перспективных направлений психотерапевтической работы с респондентами, чей образ отца окрашен негативно, а картина семейных отношений дисгармонична.

В нарративном плане в описанных нами случаях первый сын капитулировал перед нестабильным, ненадежным отцом, а сыновья контролирующего и враждебного отцов пребывают в состоянии противостояния со своей отцовской фигурой, причем противостояние контролирующему отцу скорее пассивное и комбинируется с желанием оправдать отца и добиться его одобрения, а противостояние враждебному отцу наиболее активное и направлено на стремление стереть его из своего психологического пространства.

В вопросе про идеального отца все три респондента называют качества, в которых, по их мнению, было отказано их собственному отцу. Первый сын рисует картину вов-

леченного, принимающего активное участие в жизни сына, помогающего, интересующегося и старательного отца – в общем, присутствующего не только формально. Второй сын называет ведущим качеством идеального отца понимание своего ребенка, восстаивая против излишнего, давящего

участия, делая выбор в пользу более мягкого, направляющего, эмоционально чуткого наставничества. Для третьего сына идеальный отец – это отец «нормальный», под которым он понимает человека, готового слушать и «адекватно» разговаривать, без постоянных упреков, – словом, это отец безопасный.

Литература

1. *Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е.* Родители глазами подростка // Психологическая диагностика в медико-педагогической практике. СПб.: Речь, 2004. 256 с.
2. Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Влияние образа отца на эмоциональное благополучие и полоролевою идентичность подростков // Вопросы психологии. 2007. № 1. С. 15–26.
3. Кон И.С. *Любовь небесного цвета*. СПб., 2001.
4. Марковская И.М. *Тренинг взаимодействия родителей с детьми*. СПб.: Речь, 2005.
5. Пахомов А.П. Методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви как учебное пособие // Экспериментальная психология. 2012. Т. 5. № 4. С. 99–116.
6. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П., *Диагностика подростковой депрессивности: теория и практика*. СПб.: Питер, 2004. 202 с.
7. Прихожан А.М. *Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика*. М.; Воронеж, 2000. 304 с.
8. Рагулина О.А., Фокина А.В., *Родительские практики, способствующие появлению неврозов у детей // Современная зарубежная психология*. 2017. Т. 6. № 2. С. 46–53. DOI:10.17759/jmfp.2017060205.
9. Allan S., Daly K. *The Effects of Father Involvement: An Updated Summary of Research Evidence*. Guelph: The Father Involvement Research Alliance, (FIRA) Centre for Families, Work & Well-Being, University of Guelph, 2007.
10. Biller H.B. *Father, Child, and Sex Role*. Lexington, Mass., 1971.
11. Corneau G. *Absent Fathers, Lost Sons*. Boston, 1991.
12. Greco L.A., Morris T.L. *Paternal Child-Rearing Style and Child Social Anxiety: Investigation of Child Perceptions and Actual Father Behavior // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2002; (24): 259–267. DOI: 10.1023/A:1020779000183.
13. Johnson M.M. *Heterosexuality, Male Dominance, and the Father Image // Sociological Inquiry*. 2007; 51 (2): 129–139. DOI: 10.1111/j.1475-682X.1981.tb01036.x.
14. Lamb M.E., Lamb J.E. *The nature and importance of the father-infant relationship // The Family Coordinator*. 1976; (25): 379–385. DOI:10.2307/582850.
15. Leidy S.M., Schofield T.J., Parke R.D. *Fathers role in children's social development / Handbook of Father Involvement: Multidisciplinary Perspectives*. New York: Routledge, 2013. P. 135–150.
16. Sánchez Huesca R., Guisa Cruz V.M., Cedillo González A., Pascual Blanco Y. *Imagen del padre en varones usuarios de sustancias [The father image in male substance users] // Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30 (1): 36–42. (In Spanish)
17. Seutter R., Rovers M. *Emotionally Absent Fathers: Furthering the Understanding of Homosexuality // Journal of Psychology and Theology*. 2004; (32): 43–49. DOI: 10.1177/009164710403200105.
18. Sriram R. *Setting the Scene: The Need for Focus on Fathers and Fathering // Fathering in India*. 2018: 3–17. DOI: 10.1007/978-981-13-1715-6_1.

Поступила 25.03.2023 г.

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

Участие авторов: А.Э. Лиманская – анализ литературы по теме исследования, разработка дизайна, организация и проведение эмпирического исследования, анализ и обобщение результатов, подготовка первого варианта статьи; П.К. Тромбчиньски – введение, доработка и редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования: Лиманская А.Э., Тромбчиньски П.К. Образ отца и психологические особенности личности мужчин с различной сексуальной ориентацией из полных семей // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С. 81–91. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-81-91

A.E. Limanskaia, P.K. Trabczynski

Father image and individual psychological characteristics in men with different sexual orientation from complete families

Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Alina E. Limanskaia – Student, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: allimane15@gmail.com;

Piotr Krystian Trabczynski – PhD, Associate Prof., Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: p.trombchinski@spbu.ru

Abstract

Relevance. Due to the growing prevalence of single-parent families, recently researchers have increasingly focused on the figure of the absent father, while the question of the contribution of paternal parenting practices to the formation and functioning of the psychological space of the son in complete families has not yet been fully resolved. The question of the quality and mechanisms of the influence of the father figure on the psychosexual development of the son and his attachment style also remains unresolved.

Purpose – to study the individual psychological characteristics in men with different sexual orientations who grew up in complete families, in relation to the traits of their father figure.

Methodology. To present the current state of understanding of the problem, a review of scientific articles published in the period from 1991 to 2019 in the electronic databases was conducted. In accordance with the purpose of the study, we presented a description of three cases involving men with different sexual orientations who grew up in complete families. The research methods included the clinical interview and the methods of unfinished sentences.

Results and Discussion. This article examines the relevance of the problem of the father image, its psychological aspects, and presents a brief analysis of the study of three cases, including men of different sexual orientation who grew up in full families, describing the results of the study of their self-image, father image and romantic partner image, compares their pictures of family environment and romantic relationship. Furthermore, the article shows opportunities for psychotherapy.

Conclusion. The study of maladaptive patterns and subsequent problems in interpersonal communication can become one of the promising areas of psychotherapeutic work with respondents whose father image is colored negatively, and family relations are disharmonious.

Keywords: father image, self-image, child-parent relations, disharmonious parenting styles, attachment styles, psychotherapeutic targets.

References

1. Vasserman L.I., Gor'kovaya I.A., Romitsyna E.E. Roditeli glazami podrostka [Parents through the eyes of a teenager]. Psikhologicheskaya diagnostika v mediko-pedagogicheskoi praktike. [Psychological diagnostics in medical and pedagogical practice]. Sankt-Peterburg, 2004. 256 s. (In Russ.)
2. Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Vliyanie obraza ottsa na emotsional'noe blagopoluchie i polorolevuyu identichnost' podrostkov [The influence of the father's image on the emotional well-being and gender identity of adolescents]. Voprosy psikhologii [Questions of Psychology]. 2007; (1): 15–26. (In Russ.)
3. Kon I.S. Lyubov' nebesnogo tsвета [Love of heavenly color]. Sankt-Peterburg, 2001. (In Russ.)
4. Markovskaya I.M. Trening vzaimodeistviya roditeli s det'mi [Parent-child interaction training]. Sankt-Peterburg, 2005. (In Russ.)
5. Pakhomov A. P., Metodika "Nezakonchennye predlozheniia" Saksa-Levi kak uchebnoe posobie, Eksperimental'naia psikhologiya, Moskva, MGPPU, 2012. 5 (4): 99–116. (In Russ.)
6. Podol'skii A.I., Idobaeva O.A., Kheimans P., Diagnostika podrostkovoi depressivnosti: teoriya i praktika [Diagnosis of adolescent depression: theory and practice]. Sankt-Peterburg, 2004, 202 s. (In Russ.)

7. Prikhozhan A.M., Trevozhnost' u detei i podrostkov: psikhologicheskaya priroda i vozrastnaya dinamika [Anxiety in children and adolescents: psychological nature and age dynamics]. Moskva; Voronezh, 2000. (In Russ.)
8. Ragulina O.A., Fokina A.V., Roditel'skie praktiki, sposobstvuyushchie poyavleniyu nevrozov u detei [Parental practices that contribute to the appearance of neuroses in children]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Modern foreign psychology]. 2017; 6 (2). (In Russ.)
9. Allan S., Daly K. *The Effects of Father Involvement: An Updated Summary of Research Evidence*. Guelph: The Father Involvement Research Alliance, (FIRA) Centre for Families, Work & Well-Being, University of Guelph, 2007.
10. Biller H.B. *Father, Child, and Sex Role*. Lexington, Mass., 1971.
11. Corneau G. *Absent Fathers, Lost Sons*. Boston, 1991.
12. Greco L.A., Morris T.L. Paternal Child-Rearing Style and Child Social Anxiety: Investigation of Child Perceptions and Actual Father Behavior // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2002; (24): 259–267. DOI: 10.1023/A:1020779000183.
13. Johnson M.M. Heterosexuality, Male Dominance, and the Father Image // *Sociological Inquiry*. 2007; 51 (2): 129–139. DOI: 10.1111/j.1475-682X.1981.tb01036.x.
14. Lamb M.E., Lamb J.E. The nature and importance of the father-infant relationship // *The Family Coordinator*. 1976; (25): 379–385. DOI: 10.2307/582850.
15. Leidy S.M., Schofield T.J., Parke R.D. Fathers role in children's social development / *Handbook of Father Involvement: Multidisciplinary Perspectives*. New York: Routledge, 2013. P. 135–150.
16. Sánchez Huesca R., Guisa Cruz V.M., Cedillo González A., Pascual Blanco Y. Imagen del padre en varones usuarios de sustancias [The father image in male substance users] // *Actas Esp Psiquiatr*. 2002; 30 (1): 36–42. (In Spanish)
17. Seutter R., Rovers M. Emotionally Absent Fathers: Furthering the Understanding of Homosexuality // *Journal of Psychology and Theology*. 2004; (32): 43–49. DOI: 10.1177/009164710403200105.
18. Sriram R. Setting the Scene: The Need for Focus on Fathers and Fathering // *Fathering in India*. 2018: 3–17. DOI: 10.1007/978-981-13-1715-6_1.

Received 25.03.2023

For citing: Limanskaia A.E., Trabczynski P.K. Obraz otca i psihologicheskie osobennosti lichnosti muzhchin s razlichnoj seksual'noj orientaciej iz polnyh semej. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):81–91. (In Russ.)

Limanskaia A.E., Trabczynski P.K. Father image and individual psychological characteristics in men with different sexual orientation from complete families. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):81–91. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-81-91

В.Ю. Рыбников¹, М.О. Леонтьева², М.А. Круглова³, Н.В. Сорокин⁴,
В.В. Гайворонская⁵

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ У СТУДЕНТОВ С СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Университет при МПА ЕврАзЭС (Россия, Санкт-Петербург, ул. Смолячкова 14/1);

³ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9);

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

⁵ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2)

Актуальность. Изменение психофизиологического состояния студентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы при дистанционном формате обучения в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 привлекло к себе особое внимание многих исследователей [2, 5, 6]. В настоящее время наблюдается рост психовегетативных расстройств и формирование соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (СДВНС) в связи с факторами пандемии новой коронавирусной инфекции, что влияет на психофизиологический статус, успешность обучения.

Цель: оценка психофизиологического статуса и особенностей вегетативной регуляции у студентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы при обучении в вузе в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Методология. Всего обследовано 250 обучающихся Университета при МПА: 127 – мужского и 123 – женского пола – при обучении в вузе в период с 2018 по 2022 г. (обследование с 12.10.2020 по 29.09.2021 пришлось на период пандемии новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в связи с чем было организовано дистанционное обучение с применением электронной образовательной среды). У 19 студентов выявлены симптомы соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (группа больных). При исследовании были применены клинично-инструментальные, психофизиологические, математико-статистические методы. Студенты обследованы в период и после обучения в дистанционном режиме.

✉ Рыбников Виктор Юрьевич – заслуж. деятель науки РФ, д-р мед. наук, д-р психол. наук, проф., зам. директора по науч., учеб. работе, медицине катастроф, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: rvikirina@mail.ru.

Леонтьева Мария Олеговна – препод. каф. нейрофизиологии, Ун-т при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смолячкова 14/1), e-mail: lov63@inbox.ru;

Круглова Марина Анатольевна – канд. психол. наук, доц., доц. каф. эргономики и инженерной психологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9), e-mail: m.kruglova@spbu.ru

Сорокин Николай Васильевич – канд. мед. наук, препод. каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Гайворонская Виктория Витальевна – канд. мед. наук, доц. каф. нормальной физиологии, С.-Петерб. гос. педиатр. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2), e-mail: gaivorv1909@gmail.com

Результаты и их анализ. Выявлены значимые корреляционные взаимосвязи показателей успеваемости с показателем ситуативной тревожности, активности теста «Самочувствие, активность, настроение» и теста на выявление синдрома вегетативной дисфункции [3]. Установлено, что дистанционное обучение влияет на регуляцию органов и систем (кровообращения, ЦНС) и воздействует на психофизиологический статус студента; кроме того, появление у некоторых студентов вегетативного дисбаланса оказывает влияние на их успеваемость и формируют синдром соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Заключение. Функциональное состояние у студентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы при обучении в период пандемии характеризуется изменением психофизиологического статуса, вегетативной регуляции, которая требует психофизиологической коррекции, направленной на поддержку саногенеза и нормализацию симптомов соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы, влияющих на успешность обучения.

Ключевые слова: соматоформные дисфункции вегетативной нервной системы, саногенез, психофизиология, новая коронавирусная инфекция COVID-19.

Введение

Изменение психофизиологического состояния студентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы при дистанционном формате обучения в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 привлекло к себе пристальное внимание многих исследователей [2, 5, 6]. В настоящее время наблюдается рост психовегетативных расстройств и формирование соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (СДВНС) в связи с факторами пандемии новой коронавирусной инфекции, что влияет на психофизиологический статус, успешность обучения [4, 5].

Цель исследования: определение психофизиологического статуса и особенностей вегетативной регуляции у студентов с соматоформной дисфункцией ВНС при обучении в вузе в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материал и методы

Всего обследовано 250 обучающихся Университета при МПА, из них 127 – мужского и 123 – женского пола, при обучении в вузе в период с 2018 по 2022 г. (обследование с 12.10.2020 по 29.09.2021 пришлось на период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, когда было организовано дистанционное обучение с применением электронной образовательной среды). У 19 студентов выявлены симптомы

соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (группа больных). Из них 19 студентов, у которых в клинической картине имели место снижение успеваемости, симптомы СДВНС (повышенная утомляемость, раздражительность, чувство тревоги, вегетативная лабильность, вегетативные кризы, тахикардия, повышенная потливость, одышка, скачки артериального давления, боли в области сердца), включены в группу наблюдения врачом медицинского кабинета после их лечения в ООО «Медицинский центр «Санавита».

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен локальным Этическим комитетом (выписка из протокола РЭК № 291 от 07.07 2022).

В группу больных СДВНС (всего 19 человек: 12 – мужского и 7 – женского пола) вошли лица, с соматоформными дисфункциями вегетативной нервной системы, что проявлялось разнообразными по происхождению и проявлениям нарушениями соматических (вегетативных) функций, связанными с расстройством их нейрогенной регуляции. Жалобы, прежде всего, на соматовегетативные расстройства: кардиалгии, одышку, ощущение тошноты, пототделение, головокружения, драматичные для больных вегетативные кризы, «панические атаки» и т.д. Синусовая тахикардия от 90 до

100 уд./мин, испытуемые испытывали общую слабость, головокружения, нехватку воздуха, особенно в ночное время. Также предъявляли жалобы когнитивного характера: на замедленность мыслительных процессов, снижение творческого потенциала, вязкость мыслей, трудность сосредоточиться, забывчивость, отвлекаемость, снижение работоспособности и т.д. Жалобы носили исключительно субъективный характер и не подтверждались объективной клинической оценкой при обследовании в медицинской организации. Обследование проводилось в ООО «Медицинский центр «Санавита». Диагноз – СДВНС (кардинальный невроз, нейроциркуляторная астения) [F.45.3]. Показатели активности (тест САН) были ниже 3,8 баллов. В данной группе число переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19 составило 100 % от общего числа группы больных СДВНС.

Им рекомендовался базисный уровень поддержки, включающий нормализацию режима труда и отдыха занятия физическими упражнениями (комплекс 1, включающий упражнения на верхний и нижний плечевой пояс, разработанный в НГУ им. П.Ф. Лесгафта), медикаментозная терапия (вегетотропные средства, общеукрепляющая терапия).

Группу здоровых лиц составили 20 студентов (9 человек мужского и 11 – женского пола) с диагнозом «практически здоров».

Средней возраст студентов составил ($21 \pm 2,9$) года.

При исследовании нами применены клиничко-инструментальные, психофизиологические, математико-статистические методы. Студенты обследованы во время и после обучения в дистанционном режиме. Исходя из комплексного подхода к исследованию, нами использованы следующие методы:

I. Клиничко-инструментальные методы.

1. Сбор жалоб и анализа заболевания.
2. Физикальное исследование.
3. Инструментальные методы исследования (ЭКГ, Индекс PWC170).

II. Психодиагностические методы.

1. Тест САН.
2. Тест Спилбергера – Ханина.

3. ОП-1 определение показателей оперативной памяти.

4. Тест «Арифметический счет».

5. Анкетирование по предложенной нами анкете (Искаков И.Ж и др., 2021).

III. Психофизиологические методики проводились на программно-аппаратном комплексе ПАКПФ-02. Программно-аппаратный комплекс для психофизиологических исследований разработан Я.В. Голубом и др. (2010). Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660913 от 22.11.2013.

1. Сложная сенсомоторная реакция.

2. Порог критической частоты слияния световых мельканий.

IV. Исследование вегетативной регуляции.

1. Ритмокардиограмма (РКГ) – последовательная регистрация интервалов RR электрокардиограммы или мгновенного значения частоты сердечных сокращений (ЧССмг). Для регистрации РКГ применялся электрокардиограф. Осуществлялась качественная и количественная оценка РКГ (Сапова Н.И., 1992).

2. Показатели синдрома вегетативной дисфункции (СВД) по методу А.М. Вейна.

Использовались как количественные, так и качественные методы статистической обработки данных. Производные величины представлены в формате средних арифметических значений и стандартной ошибки средних значений ($M \pm m$). Статистические связи между изучаемыми параметрами оценивались с помощью корреляционного анализа. Проводился факторный и регрессионный анализ с целью изучения влияния одних факторов на другие. При многофакторном регрессионном анализе использовался пошаговый подход с использованием метода линейной регрессии.

Обработка статистических данных проводилась при помощи программ SPSS Statistics 2.6.

Результаты и их анализ

В вузе с 12.10.2020 по 29.09.2021 было организовано дистанционное обучение, включающее в себя как семинарские занятия, так и лекционный курс.

Для обеспечения дистанционного взаимодействия применяли несколько платформ, позволяющих создавать виртуальные комнаты для групповых занятий, видеоконференции. К таким платформам относились Zoom и Moodle.

Для проведения анализа усвоения знаний студентами, обучавшихся дистанционно в период карантина произведен анализ итогов сдачи экзаменационной сессии в предшествующие годы и в последующий год, когда дистанционное обучение комбинировалось с очным. При этом очные занятия превалировали в расписании в 2020/2021 учебном году.

Значимые различия наблюдались между показателями успешности обучения 2017/2018, 2018/2019 учебных годов и 2019/2020 учебного года (в сторону значимого уменьшения среднего балла в 2019/2020 учебном году), а также показателями 2017/2018, 2018/2019 и 2020/2021 учебного года (в сторону значимого уменьшения среднего балла в 2020/2021 учебном году) ($p < 0,05$). Показатели между анализируемыми баллами 2019/2020 и 2020/2021 учебных годов достоверно различались в сторону значимо более высоких значений в 2020/2021 учебного года.

Кроме того, студенты, помимо теоретических знаний, должны были получить опыт мануальных навыков и мышления, которые позволяют им освоить специальность и получить достаточный уровень компетенций. В сложившейся в период пандемии COVID-19 в 2020 году ситуации, при вынужденном экстренном уходе на дистанционное обучение, у студентов не было возможности

получить эти компетенции. Также действовали факторы изоляции, возникновения стресс-реакций, вызванных дистанционной формой обучения.

Наиболее значимые результаты корреляционного анализа между показателями успеваемости и показателями реактивной тревожности, самочувствия, активности, настроения теста САН и выраженности СВД приведены в таблице 1.

Следовательно, выявленная прямая корреляционная взаимосвязь между показателями активности теста САН, общей физической работоспособности, порога КЧСМ и успеваемости студентов и обратная корреляционная связь между показателями тревожности и успеваемости студентов и выраженности синдрома вегетативных дисфункций (СВД) (по А.М. Вейну [2003]) характеризует взаимосвязь нарушения вегетативной регуляции и ухудшения психофизиологического показателя (порог КЧСМ), что лежит в основе изменений лабильности процессов торможения и возбуждения в ЦНС и влияет на качество усвоения учебного материала

По результатам теста САН выявлены значимые снижения показателей активности в группе больных СДВНС по сравнению с периодом, когда занятия проводились в аудиторном формате. Кроме того, в период экзаменационной сессии в дистанционном формате возрос уровень ситуативной тревожности по сравнению периодом аудиторной сдачи экзаменов. В группе 1 выявлены значимо низкие показатели настроения, также наблюдалось повышение тонуса симпатических реакций.

Таблица 1

Данные корреляционного анализа между показателем успеваемости и исследуемыми показателями студентов (n = 250)

Показатели		Значение коэффициента корреляции
Успеваемость	Показатель реактивной тревожности	$r = -0,580, p < 0,05$
	Индекс PWC170	$r = +0,610, p < 0,01$
	Показатель активности теста САН	$r = +0,513, p < 0,01$
	Показатели синдрома вегетативной дисфункции (СВД) (по А.М. Вейну)	$r = -0,495, p < 0,01$
	КЧСМ	$r = +0,497, p < 0,01$

При сравнении показателей теста САН и Спилбергера – Ханина в группе 1 и группе практически здоровых лиц наблюдаются сниженные показатели активности, самочувствия и настроения, повышена реактивная и личностная тревожность ($p < 0,05$).

У студентов группы больных СДВНС мужского пола наблюдались значимо низкие показатели настроения и активности в период дистанционного обучения при пандемии новой коронавирусной инфекции по сравнению с обучающимися женского пола.

Количество правильно выполненных действий при определении оперативной памяти в группе больных СДВНС было достоверно ниже по сравнению с группой здоровых лиц (тест ОП 1).

В группе больных СДВНС, по сравнению с группой здоровых лиц, уровень реактивной тревожности оценивается как умеренно тревожный.

Кроме того, в группе больных СДВНС, по сравнению с группой здоровых лиц, отмечался более длинный латентный период сложной сенсомоторной реакции с дифференцировкой, что свидетельствует о снижении лабильности нервной системы.

Субъективное состояние испытуемых группы больных СДВНС характеризовалось

жалобами на нарушение процесса засыпания, раздражительность, чувство усталости, проявление учащенного сердцебиения, кардиалгию, головокружение, наличие «вегетативных кризов», «панических атак», одышки.

При психофизиологическом обследовании этой группы выявлено, что процент ошибочных действий при определении показателей оперативной памяти значимо ниже, по сравнению со здоровыми лицами. Уровень реактивной и личностной тревожности оценивается как умеренно тревожный. Имеют место низкие показатели самочувствия (тест САН). Количество правильно выполненных действий при определении оперативной памяти было достоверно ниже, по сравнению с контролем (тест ОП 1). Одновременно отмечался более длинный латентный период ССМР (с дифференцировкой) и низкий порог КЧСМ ($p < 0,05$).

При обследовании в группе больных СДВНС при помощи схемы для регистрации вегетативного тонуса и вопросника для выявления признаков вегетативных изменений по сравнению с группой здоровых выявлено достоверное увеличение симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему, а также достоверное повышение показателей синдрома вегетативной дисфункции.

Таблица 2

Психофизиологические показатели в группе больных СДВНС и здоровых лиц ($M \pm m$)

Показатели, ед. изм.	Значения показателей ($M \pm m$)	
	Группа здоровых, n = 20	Группа больных СДВНС, n = 19
Латентный период ССМР, мс	263,1 ± 7,1	293,3 ± 7,3*
Индекс КЧСМ, у.е.	42,3 ± 0,4	40,1 ± 0,4*
Сложение в уме кол-во правильных действий, кол-во ошибок	13,3 ± 0,2 1,51 ± 0,03	11,1 ± 0,8* 3,02 ± 0,05*
ОП1 кол-во правильных действий, кол-во ошибок	40,1 ± 0,7 1,1 ± 0,03	35,3 ± 0,6* 2,6 ± 0,04*
Самочувствие, балл	5,2 ± 0,3	4,1 ± 0,3 *
Активность, балл	5,3 ± 0,1	3,6 ± 0,2*
Настроение, балл	5,2 ± 0,2	4,0 ± 0,2*
Реактивная тревожность, у.е.	33,1 ± 0,4	52,2 ± 1,9*
Личностная тревожность, у.е.	36,2 ± 2,1	45,8 ± 2,1*

Примечание: * – значимые различия, $p < 0,05$.

При сравнении показателей вегетативного тонуса в группе больных СДВНС и группе здоровых лиц отмечается значимое уменьшение парасимпатических проявлений на 15,5% и увеличение симпатических проявлений на 16,8%.

В группе здоровых лиц, по данным КРГ, отмечалось достоверное низкие значения ЧССл, ЧССс и показателя P1, что свидетельствует о более адекватной симпатической регуляторной активности сердечной деятельности по сравнению с группой больных СДВНС.

В группе больных СДВНС, по сравнению с группой здоровых (табл. 3), наблюдалось значимое увеличение физиологического напряжения сердечно-сосудистой системы (увеличение ПО, ВО), фиксировались большие значения исходной частоты сердечных сокращений, пороговой частоты сердечных сокращений, напряжения функциональных систем адаптации к физической нагрузке, максимальной частоты сердечных сокращений за период пробы, прироста средней частоты сердечных сокращений, что свидетельствовало о «парадоксальной» регуляции, заключающейся в увеличении напряжения сердечно-сосудистой системы и снижения КПД сердечной деятельности.

Кроме этого, наблюдалось снижение эффективности систем регуляции (по сравнению с группой здоровых лиц меньшие значения времени перерегулирования как характеристики мощности энергетических процессов в организме) и большие значе-

ния скорости перераспределения потоков энергии в переходный период, что характеризует роль систем регуляции в процессах перераспределения энергии между выполнением внешней работы и процессами восстановления, что говорит о преобладании симпатического тонуса. Это характерно для низких показателей резерва мощности сердечных сокращений в состоянии покоя и максимального приращения мощности при повышенных значениях энергетической характеристики уровня функционирования организма в момент окончания пробы, что, по-видимому, является следствием дисрегуляции.

В группе больных СДВНС, по сравнению с группой здоровых, установлено достоверное уменьшение толерантности к нагрузке, объема выполненных работ, производительности механической работы сердца, физической работоспособности по показателям пробы PWC-170 и максимального потребления кислорода.

Полученные результаты говорят о существовании объективных различий в вегетативной регуляции системы кровообращения у больных по сравнению со здоровыми лицами, что может быть использовано в диагностике, при выявлении групп риска, а также в поиске возможных методов лечения, направленных на нормализацию нейрогуморальной регуляции функционирования сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, установлено, что в группе больных СДВНС отмечалось повышение

Таблица 3

**Показатели кардиоритмографии при ортостатической пробе
в группе лиц с СДВНС ($X \pm m$)**

Показатели, ед. изм.	Группа здоровых лиц, n = 20	Группа лиц с СДВН, n = 19
ВО, с	69,7 ± 0,5	74,3 ± 0,5*
ПО, у.е.	11,2 ± 1,0	21,6 ± 1,1*
P0, уд./мин	15,6 ± 2,1	183 ± 1,8
P1, уд./мин	13,9 ± 1,4	17,3 ± 1,7*
P2, уд./мин	8,1 ± 0,9	9,4 ± 2,0
ЧССл, уд./мин	60,3 ± 1,0	72,0 ± 1,2*
ЧССс, уд./мин	75,8 ± 2,4	89,3 ± 2,9*

Примечание: * – значимые различия, $p < 0,05$.

симпатического тонуса вегетативной нервной системы, снижение парасимпатического тонуса и увеличение показателей синдрома вегетативной дисфункции выше пограничного уровня, что свидетельствует об изменении эффективности регуляции ВНС.

В этой группе больных на фоне повышения симпатического тонуса вегетативной нервной системы и увеличения показателей синдрома вегетативной дисфункции [2] наблюдаются повышенные значения показателей уровня реактивной тревожности по тесту Спилберга – Ханина.

Результаты корреляционного анализа (линейная корреляция Пирсона) показывают следующие взаимосвязи. Успеваемость как ключевой фактор, который оценивался у респондентов, имеет положительную двустороннюю связь с общей физической работоспособностью (индекс PWC170, коэффициент корреляции – $r = +0,610$, $p < 0,01$), показателем активности (тест САН, $r = +0,513$, $p < 0,01$), реактивной тревожности (тест Спилберга – Ханина, $r = -0,580$, $p < 0,05$), подвижностью процессов возбуждения в ЦНС (показатель порога КЧСМ, $r = +0,497$, $p < 0,01$) и отрицательную корреляционную связь с проявлением нарушений вегетативной регуляции (показатель выраженности СВД $r = -0,495$, $p < 0,01$). Эти корреляционные связи могут свидетельствовать о зависимости успеваемости от эффективности системы регуляции со стороны ВНС и подвижности процессов возбуждения и торможения в корковом представительстве зрительного анализатора. Нарушение указанных взаимосвязей со стороны ВНС, психофизиологического статуса может проявиться в снижении показателей успеваемости в связи с появлением нарушенных процессов регуляции ЦНС. Корреляция значима на уровне 0,01 для всех выше предъявленных показателей.

Сводная регрессионная модель для общей физической работоспособности показывает прямую зависимость показателя общей физической работоспособности, активности и настроения (тест САН), порога КЧСМ, показателей правильно выполненных действий при определении оперативной памяти (тест

ОП-1), успеваемости и двустороннюю обратную зависимость от показателя реактивной тревожности (тест Спилберга – Ханина).

Модель влияния показателей на выраженность синдрома вегетативной дисфункции показывает двустороннюю прямую зависимость от показателей ВО и ЧССс, полученных при проведении ортостатической пробы и свидетельствующих об эффективности вегетативной регуляции, и двустороннюю обратную зависимость СВД от активности и настроения (тест САН) и порога КЧСМ.

Проведен факторный анализ для исследования взаимосвязей между значениями переменных. При проведении факторного анализа выделяются 3 фактора, которые характеризуют здоровье, переутомление и вегетативный дисбаланс (болезнь). Ключевым показателем для фактора «болезнь» определялись значения латентного периода ССМР с дифференцировкой. Чем выше данный показатель, тем более выражен синдром вегетативной дисфункции, тем ниже успеваемость и общая физическая работоспособность, а также значение активности (тест САН) и тем выше показатели ВО и ЧССс при проведении ортостатической пробы. Обследуемые при наличии высоких показателей физической работоспособности имеют более высокие показатели успеваемости и качества усвоения предмета.

Ключевым фактором переутомления явился порог КЧСМ, который определяет состояние коркового представительства зрительного анализатора и в наших исследованиях зависит от показателя активности (тест САН) и общей физической работоспособности, что при его повышении свидетельствует о мобилизации ресурсов физической активности у лиц с переутомлением и регуляции со стороны центральной нервной системы.

По результатам факторного анализа выявлены наиболее значимые взаимосвязи показателей СВД и ЛПССМР с показателями успеваемости, что может быть объяснено тем, что отсутствие нормальной вегетативной регуляции приводит к ухудшению успеваемости, то есть качества усвоения предмета на должном уровне, вероятно, из-за

снижения качества обработки информации. Фактор здоровья оказался связанным с рядом психологических показателей, таких как активность, настроение (тест САН), состояние общей физической работоспособности.

В генезе формирования психовегетативных расстройств преобладает нарушение психовегетативных реакций со стороны ЦНС, следовательно, коррекционные методики должны быть направлены на ликвидацию дисрегуляторных механизмов ВНС.

Заключение

Проведенные нами психофизиологические исследования свидетельствуют о значительной распространенности психовегетативных расстройств, которые часто протекают сочетанно, и состояний вегетативной дезадаптации у этих больных. В частности, вегетативные расстройства находятся в зависимости от особенностей механизмов интрапсихической защиты, когнитивной переработки сложившейся ситуации, психического и физического состояния, а также лично значимых психотравмирующих факторов.

Патогенность факторов, связанных с обучением в условиях пандемии (реакция хронического стресса на самоизоляцию, дистанционное предъявление материала, необычность общения в группе и с преподавателем, увеличение контрольного тестирования, различные технические трудности получения информации, последствия перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID 19 и т.д.), исполняет роль пускового фактора в развитии СДВНС либо оказывает патопластическое влияние на его клинические проявления. Кроме того, стресс-факторы способны привести к переутомлению. Во всем многообразии каждого из названных вариантов клиническая симптоматика является интегральным отражением взаимодействия комплекса внешних и внутренних условий.

Возникают устойчивые симптомы, отражающие повышенный уровень психологической чувствительности или возбудимости, нарушение сна; повышенная раздражитель-

ность, вспышки гнева; затруднения при необходимости концентрировать внимание. В соответствии с отечественными нозологически ориентированными подходами к данной проблеме, психовегетативные дисфункции в трактовке МКБ-10 рассматриваются в качестве соматоформных расстройств. Исходя из этого, ранняя диагностика этих проявлений, а также установление оптимальных сроков пребывания в условиях острого или хронического стресса и своевременное выявление лиц с предрасположенностью к развитию нервно-психических расстройств влияет на успешность профилактики и лечения СДВНС.

По результатам психологических и психофизиологических тестов выявлены значимые снижения показателей активности в группах по сравнению периодом, когда занятия проводились в аудиторном формате. Кроме того, в период экзаменационной сессии в дистанционном формате уровень ситуативной тревожности был выше, чем при аудиторной сдаче экзаменов.

При обследовании в группах выявлено, что процент ошибочных действий при определении показателей оперативной памяти значительно ниже по сравнению со здоровыми лицами. Количество правильно выполненных действий при определении оперативной памяти и методики, арифметический счет были достоверно ниже по сравнению с контролем, что свидетельствует о снижении умственной работоспособности. Уровень реактивной и личностной тревожности оценивается как умеренно тревожный. Имеют место низкие показатели самочувствия (тест САН). Одновременно отмечался более длинный латентный период ССМР (с выбором) и низкий порог КЧСМ ($p < 0,05$), что является показателем снижения лабильности процессов торможения и возбуждения в ЦНС.

По данным медицинской документации, сбора жалоб и анамнеза нами выявлена группа лиц с СДВНС. При сравнении показателей вегетативного тонуса в этой группе с контрольной группой здоровых лиц отмечаются значимо меньшие парасимпатические проявления (на 15,5 %) и увеличенные симпатические проявления (на 16,8 %).

В группе здоровых лиц, по данным КРГ, отмечались значимо низкие значения ЧССл, ЧССс и показателя P1, что свидетельствует о более адекватной симпатической регуляторной активности сердечной деятельности по сравнению с группой лиц с СДВНС.

Кроме того, в группе лиц с СДВНС, по сравнению с группой практически здоровых студентов, отмечался более длинный латентный период сложной сенсомоторной реакции с дифференцировкой, повышены пороги торможения в ЦНС. У них выявлено снижение эффективности систем регуляции (большие значения времени ортостатики как снижение адекватных регуляторных процессов в организме на ортостатическую пробу) и большие значения скорости перераспределения потоков энергии в переходный период (увеличенные показатели площади регулирования при ортостатики), что свидетельствует о преобладании симпатического тонуса. В группе больных СДВНС, по сравнению с группой здоровых, установлено достоверное уменьшение толерантности к нагрузке, объема выполненных работ, производительности механической работы сердца, физической работоспособности по показателям пробы PWC-170, что согласуется с данными, полученными у больных с артериальной гипертензией [1].

Сравнение результатов обучения при проведении промежуточной аттестации показало значимое снижение среднего балла по сравнению с 3 предыдущими годами обучения на 8 %. Значимые различия наблюдались между показателями 2017/2018, 2018/2019 учебных годов и 2019/2020 учебного года (в сторону уменьшения среднего балла в 2019/2020 учебном году), а также показате-

лями 2017/2018, 2018/2019 и 2020/2021 учебного года (в сторону уменьшения среднего балла в 2020/2021 учебном году) ($p < 0,05$).

Выявлены значимые корреляционные взаимосвязи показателей успеваемости с показателем ситуативной тревожности, активности теста САН и СВД по А.М. Вейну (2003) методом ранговой корреляции.

Следовательно, особенности дистанционного обучения могут влиять на регуляцию органов и систем (кровообращения, ЦНС) и привести к изменениям психофизиологических показателей, что вкупе с присоединением в этот период инфекционных заболеваний ухудшает качество жизни обучающихся и влияет на их успеваемость. Необходима система коррекционных мероприятий, направленная на различные звенья патогенеза расстройств регуляции ВНС и психофизиологического статуса.

Таким образом, в патогенезе формирования СДВНС преобладают нарушения вегетативной регуляции со стороны ВНС, которые возникают и при дистанционном обучении в период пандемии новой коронавирусной инфекции, ограничительных мероприятий и под воздействием на организм последствий заболевания новой коронавирусной инфекцией.

Функциональное состояние у студентов с соматоформными дисфункциями вегетативной нервной системы при обучении в период пандемии характеризуется изменением психофизиологического статуса, вегетативной регуляции, которая требует психофизиологической коррекции, направленной на поддержку саногенеза и нормализации симптомов СДВНС, влияющих на успешность обучения.

Литература

1. Андреева Г.Ф., Оганов Р.Г. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью // *Терапевтический архив*. 2002. Т. 74, № 1. С. 8–16.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика. М.: Мед. информ. агентство, 2003. 749 с.
3. Захаров В.В. Постковидный синдром глазами невролога // *Поведенческая неврология*. 2021. № 2. С. 14–22.
4. Леонтьева М.О., Гневышев Е.Н., Яковлев Е.В. Психофизиологическая характеристика студентов с нарушением вегетативной регуляции в период обучения в вузе // *Вестник психотерапии*. 2021. № 80 (86). С. 97–105.
5. Соколовская И.Э. Социально-психологические факторы удовлетворенности студентов в условиях цифровизации обучения в период пандемии COVID-19 и самоизоляции // *Цифровая социология*. 2020. С. 46–54.
6. Шарова Е.И. Исследование здоровья студентов вуза в условиях дистанционного обучения как показатель качества образования // *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2020. С. 401–404.

Поступила 30.05.2023 г.

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

Участие авторов: В.Ю. Рыбников – анализ литературы по теме исследования, разработка программы, дизайн исследования, М.О. Леонтьева – организация и проведение эмпирического исследования, анализ результатов, написание текста статьи; М.А. Круглова – первичная и статистическая обработка данных психологических методик, Н.В. Сорокин – редактирование и оформление текста статьи, В.В. Гайворонская – анализ литературы по теме исследования.

Для цитирования: Рыбников В.Ю., Леонтьева М.О., Круглова М.А., Сорокин Н.В., Гайворонская В.В. Психофизиологический статус и вегетативная регуляция у студентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы при обучении в период пандемии // Вестник психотерапии. 2023. № 86. С 92–102. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-92-102

V.Y. Rybnikov ¹, M.O. Leonteva ², M.A. Kruglova ³, N.V.Sorokin ⁴,
V.V. Gayvoronskaya⁵

**Psychophysiological and autonomic regulation in students
with somatoform dysfunction of the autonomic nervous system
when studying during a pandemic**

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine of EMERCOM of Russia
(4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

² Universities under the IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044 Russia);

³ Saint Petersburg State University (7-9, Universitetskaya embank., St. Petersburg, 199034, Russia);

⁴ Kirov Military medical academy (6, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

⁵ St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., 194100 St. Petersburg, Russia)

✉ Viktor Yurievich Rybnikov – Honored Scientist of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Doctor of Psychological Sciences, Prof., Deputy Director for Scientific, Educational Work, Disaster Medicine Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), rvikirina@mail.ru

Nikolay Vasilyevich Sorokin – PhD Med. Sci., the teacher of department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (6, Akademica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Maria Olegovna Leonteva – the teacher of the Neurophysiology Department, University at the IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Marina Anatolevna Kruglova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Associate Prof. of the Department of Ergonomics and Engineering Psychology, St Petersburg State University (7-9, Universitetskaya emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: m.kruglova@spbu.ru;

Victoria Vitalievna Gayvoronskaya – PhD Med. Sci., Associate Prof. of the Department of Normal Physiology, St Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., 194100 St. Petersburg), e-mail: gaivorv1909@gmail.com.

Abstract

Relevance. The change in the psychophysiological state of students with somatoform dysfunction of the autonomic nervous system during remote learning in the period of the COVID-19 pandemic has drawn particular attention from various researchers [2, 5, 6]. Currently, there is a noticeable increase in psychovegetative disorders and the formation of somatoform dysfunction of the autonomic nervous system due to the factors of the pandemic of a new coronavirus infection, which influences the psychophysiological status and academic performance.

Intention. The aim of the study was to assess the psychophysiological status and features of autonomic regulation in students with somatoform dysfunction of the autonomic nervous system while studying at a university during the pandemic of the new coronavirus infection COVID-19.

Methodology. In total, 250 students of the University under the IPA were examined – 127 male and 123 female persons while studying at the university in the period from 2018 to 2022 (the survey from 12.10.2020 to 29.09.2021, coincided with the period of the COVID-19 pandemic, which necessitated distance learning using electronic educational platforms). Symptoms of somatoform dysfunction of the autonomic nervous system were revealed in 19 students (a group of patients). In the study, we applied clinical and instrumental, psychophysiological, mathematical and statistical methods. Students were examined during and after distance learning.

Results and Discussion. Significant correlations of academic performance indicators with the indicator of situational anxiety, the activity of the well-being, activity, mood test and the test for the detection of autonomic dysfunction syndrome according to A.M. Vane (2003) were revealed. It was established that distance learning affects the regulation of organs and systems (circulation, central nervous system) and influences the psychophysiological status of students. In addition, the emergence of autonomic imbalance in some students affects their academic performance and contributes to the formation of somatoform dysfunction of the autonomic nervous system.

Conclusion. The functional state of students with somatoform dysfunction of the autonomic nervous system during training during the pandemic is characterized by a change in the psychophysiological status, autonomic regulation, which requires psychophysiological correction aimed at supporting sanogenesis and normalization of symptoms of somatoform dysfunction of the autonomic nervous system, affecting the success of training.

Keywords: somatoform dysfunctions of the autonomic nervous system, sanogenesis, psychophysiology, new coronavirus infection COVID-19.

References

1. Andreeva G.F., Oganov R.G. Izuchenie kachestva zhizni u bol'nykh gipertonicheskoy boleznyu [Studying the quality of life in patients with hypertension]. *Terapevticheskiy arkhiv* [Therapeutic Archive]. 2002. 74 (1): 8–16. (In Russ.)
2. Vane A.M., Voznesenskaya T.G., Vorobyova O.V. Vegetativnye rasstrojstva: klinika, diagnostika, lechenie [Vegetative disorders: clinic, diagnosis, treatment]. Eds: A.M. Vane. Moscow, 2003. 749. (In Russ.)
3. Zakharov V.V. Postkovidnyj sindrom glazami nevrologa [Postcovid syndrome through the eyes of a neurologist]. *Povedencheskaya nevrologiya* [Behavioral neurology]. 2021. (2): 14–22. (In Russ.)
4. Leonteva M.O., Gnevyshe, E.N., Yakovlev E.V. Psikhofiziologicheskaya kharakteristika studentov s narusheniem vegetativnoj regulyatsii v period obucheniya v vuze [Psychophysiological characteristics of students with impaired autonomic regulation during university studies]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2021. (86): 97–105. (In Russ.)
5. Sokolovskaya I.E. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory udovletvorennosti studentov v usloviyakh tsifrovizatsii obucheniya v period pandemii COVID-19 i samoizolyatsii [Socio-psychological factors of student satisfaction in the conditions of digitalization of education during the COVID-19 pandemic and self-isolation]. *TSifrovaya sotsiologiya* [Digital sociology]. 2020. 46–54. (In Russ.)
6. Sharova E.I. Issledovanie zdorov'ya studentov vuza v usloviyakh distantsionnogo obucheniya kak pokazatel' kachestva obrazovaniya [The study of the health of university students in distance learning as an indicator of the quality of education]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific Notes of the P.F. Lesgaft University]. 2020. 401–404. (In Russ.)

Received 30.05.2023

For citing: Rybnikov V.Y., Leonteva M.O., Kruglova M.A., Sorokin N.V., Gayvoronskaya V.V. Psikhofiziologicheskij status i vegetativnaya regulyatsiya u studentov s somatoformnoj disfunkciej vegetativnoj nervnoj sistemy pri obuchenii v period pandemii. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):92–102. (In Russ.)

Rybnikov V.Y., Leonteva M.O., Kruglova M.A., Sorokin N.V., Gayvoronskaya V.V. Psychophysiological and autonomic regulation in students with somatoform dysfunction of the autonomic nervous system when studying during a pandemic. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):92–102. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-92-102

Е.А. Холод¹, Е.Г. Сухотерина¹, Е.К. Гуманенко¹, А.О. Пятибрат^{1,2}

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВНИМАНИЯ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ИХ НАРУШЕНИЙ

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
(Россия, Санкт-Петербург, Литовская, д. 2);

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Введение. Вопросы регуляции внимания считаются одной из самых сложных проблем психофизиологии. Роль внимания в жизнедеятельности человека не может быть переоценена, так как внимание участвует в восприятии необходимой информации, а также в регуляции психических процессов.

Цель – анализ современных взглядов на психофизиологические механизмы внимания и перспективы этиопатогенетической коррекции его нарушений.

Методология. Осуществлен поиск представленных результатов научных работ в реферативно-библиографических базах данных Российского индекса научного цитирования [<https://elibrary.ru/>] и PubMed [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>] за последние 10 лет.

Результаты и их анализ. Анализ современной литературы показывает, что и по прошествии двух веков изучения внимания в этой области знаний остаются белые пятна. Существует ряд гипотетических теорий, определяющих механизмы внимания, но отсутствует единое мнение в отношении роли центральной нервной системы в его регуляции. Проанализированы современные взгляды на нарушения внимания и рассмотрены методы их коррекции.

Заключение. В связи с ростом частоты нарушений внимания в настоящее время существует необходимость более интенсивного изучения проблемы коррекции внимания.

Ключевые слова: медицинская психология, внимание, когнитивные нарушения, функциональное состояние, нейропсихология, психофизиология.

Введение

Обучение в высшем учебном заведении требует от студентов самостоятельности, самоконтроля и умения правильно распределять свое время. Отличие системы школьного образования от обучения в вузе определяется в основном контролем за

подготовкой к занятиям, осуществляемым педагогами в тесном контакте с родителями. При отсутствии такого контроля для успешного обучения в вузе предполагается развитие у студента мотивации к получению знаний и навыков самоорганизации. Смена коллектива и привычного распоряд-

Холод Елена Анатольевна – ст. преп. каф. экстрем. медицины, травматологии, ортопедии и воен.-полевой хирургии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Литовская, д. 2), e-mail: dr.elena001@gmail.com;

Сухотерина Елена Геннадьевна – канд. мед. наук, доц., доц. каф. экстремальной медицины, травматологии, ортопедии и воен.-полевой хирургии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Литовская, д. 2), e-mail: lenasukhoterina@mail.ru;

Гуманенко Евгений Константинович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. экстрем. медицины, травматологии, ортопедии и воен.-полевой хирургии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Литовская, д. 2), e-mail: gumanenko@inbox.ru;

Пятибрат Александр Олегович – д-р мед. наук, доц., проф. каф. экстрем. медицины, травматологии, ортопедии и воен.-полевой хирургии, С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-т (Россия, 194100, Литовская, д. 2); ст. науч. сотр., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: a5brat@yandex.ru

ка дня запускает у студента процесс адаптации к новым образовательным программам и социокультурной среде [17]. При этом в медицинском вузе существуют свои особенности, прежде всего связанные с большим объемом изучаемой информации. Считается, что за один семестр обучения студенты медицинских вузов осваивают больше информации, чем обучающиеся по гуманитарным и техническим специальностям [20].

Успешность обучения в медицинском вузе требует хорошей памяти и высокого уровня внимания, умения концентрироваться на учебном материале. В то же время на фоне нарушений адаптации к обучению могут развиваться расстройства внимания, которые не позволяют студенту полноценно осваивать образовательную программу [22, 24]. В связи с высокой частотой встречаемости расстройств адаптации у студентов, исследования, направленные на изучение механизмов и методов этиопатогенетической коррекции расстройств внимания, безусловно, актуальны.

Цель – анализ современных взглядов на психофизиологические механизмы внимания и перспективы этиопатогенетической коррекции его нарушений.

Материал и методы

Осуществили поиск и отбор представленных результатов научных работ в реферативно-библиографической базе данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) Научной электронной библиотеки [<https://elibrary.ru/>] и PubMed – бесплатной поисковой системе по биомедицинским исследованиям, созданной Национальным центром биотехнологической информации США (National Center for Biotechnology Information, NCBI) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>]. На основе поискового запроса «внимание» формировали массивы данных, из которых выделяли публикации, посвященные психофизиологическим механизмам внимания, нарушениям его регуляции и методам коррекции этих нарушений.

Результаты и их анализ

В нейропсихологии внимание определяется как направленная сосредоточенность сознания, осуществляемая за счет повышения сенсорной, когнитивной и двигательной активности.

В настоящее время в составе внимания выделяют три процесса: сенсорного восприятия, или перцепции, концентрации и выбора ответа [1]. Благодаря сочетанию этих процессов происходит поддержка внимания, т.е. направленность и сосредоточенность сознания на определенном объекте или действии [12]. Выделение сенсорного восприятия происходит при направлении внимания на определенный канал или его сегмент. Этот процесс может быть произвольным (активным) или непроизвольным (автоматическим). На выделение сенсорного восприятия могут влиять несколько факторов, таких как интерес, ориентация или предшествующий опыт [33]. Одним из примеров выделения сенсорного восприятия является эффект «коктейльной вечеринки», заключающийся в способности индивидуума сосредоточиться на чем-то и соответствующим образом сориентировать свое внимание, отфильтровывая ряд других стимулов, например, когда участник вечеринки может сосредоточиться на одном разговоре в шумной комнате [37].

Выбор ответа представлен адекватным реагированием в контексте конкретной ситуации [12]. Так происходит при большом количестве стимулов, каждый из которых предполагает различную реакцию; эффективное реагирование осуществляется за счет разработки стратегии с учетом всей поступающей информации [10, 15]. В то же время человек не способен обрабатывать бесконечное количество информации.

Внимание представлено двумя составляющими: объемом внимания, определяемым количеством объектов, непосредственно им охваченных, а также степенью сосредоточенности, т.е. концентрацией на одном объекте при отвлечении от других. Обе эти характеристики могут варьироваться в зависимости от индивидуальных особенностей человека.

Объем внимания включает в себя более фиксированные характеристики индивидуума, такие как пропускная способность канала или скорость обработки [2, 9]. Также внимание зависит от прилагаемых усилий, затраченных на концентрацию на представленной информации. В отличие от объема, на концентрацию влияют более динамичные факторы, такие как мотивация или уровень возбуждения [18]. Объем внимания – характеристика, зависящая от связи между содержанием, на котором сосредотачивается внимание, и умением осмысленно структурировать поступающую информацию, т.е. это максимальный объем информации, который можем обработать конкретный человек.

Сосредоточенность (концентрация) представлена усилием, используемым для обработки информации. Сосредоточение внимания на определенном объекте называют апперцепцией. Результирующее взаимодействие между максимальным информационным объемом и количеством усилий, прилагаемых для обработки представленной информации, определяет способность к удержанию внимания.

Еще одна характеристика внимания – устойчивость, она представлена способностью фиксации внимания на выбранном стимуле в течение длительного периода времени и зависит от индивидуальных свойств нервной системы, воли и мотивации [23, 30]. Устойчивость тесно связана с распределением внимания – способностью удерживать в сознании несколько объектов одновременно.

Еще одной важной характеристикой внимания является переключение, которое определяется сознательным переносом внимания с одного объекта на другой. Внимание поддерживается комбинацией сенсорного восприятия, выбора ответа и концентрации. А его устойчивость зависит от взаимодействия сенсорного восприятия, выбора ответов и сосредоточенности – при изменении какой-либо из этих характеристик оно будет нарушаться. Для среднестатистического человека крайне сложно поддерживать несколько видов психической деятельности, в большинстве случаев ощущение

одновременности субъективно и выполнение нескольких задач объясняется быстрым последовательным переключением с одного вида деятельности на другой [38].

Сложной задачей, ограничивающей внимание, является необходимость сосредоточиться на одном стимуле среди множества других. Существует мнение, что устойчивость внимания зависит от уровня «интереса» к стимулу. При этом внимание может быть либо пассивным и непровольным, либо активным и произвольным, а «интерес» к ситуации определяет, какой процесс был задействован [19]. При полном отсутствии интереса к стимулу человек не сосредотачивается на нем даже в течение короткого времени, при окружении человека множеством стимулов его внимание автоматически привлекается к стимулу наибольшего интереса. Одним из примеров этого является «черная метка на белой стене»: за счет контраста она непровольно привлекает внимание, которое быстро становится неважным. Чтобы задержать внимание на метке, необходимо придать ей важность – так непровольное внимание переходит в произвольное; то, что ни один другой стимул не является более важным, чем эта отметка, требует усилий и понимания [31].

Непровольное внимание является предпосылкой срабатывания произвольного, что определяет отношение непровольного внимания к безусловным рефлексам, а произвольного – к условным [12]. За счет непровольного внимания происходит фиксация сознания на объекте, выделяющемся среди других своей необычностью, контрастностью или оригинальностью.

В то же время активное, произвольное внимание не обусловлено особенностями раздражителя, а зависит только от волевой осознанной фиксации индивидуума на объекте [14]. Произвольное внимание определяется сознательным сосредоточением на объекте и связано с волевым усилием для достижения поставленной задачи.

Третий вид внимания – «послепроизвольное внимание» – заключается в сосредоточенности на объекте за счет автоматизма,

не требующего напряжения воли и усилий, как при произвольном внимании, и может возникать при развитии личностного интереса, т.е. продолжении продуктивной работы в силу интереса и положительных эмоций от успеха [9].

По мнению ряда авторов, привлечение произвольного внимания требует более существенных когнитивных усилий, что определяет феномен усталости от непосредственного внимания и снижение производительности при решении длительных задач. При этом усилие непосредственного внимания истощает когнитивный ресурс, а постоянное использование прямого внимания вызывает эффект усталости, что затрудняет его поддержание [2, 12, 14, 16]. Представленные результаты современных исследований свидетельствуют, что конечный когнитивный ресурс, лежащий в основе утомления направленного внимания, может зависеть от особенностей центральной регуляции [7]. В настоящее время изучение механизмов внимания в рамках когнитивной психологии опирается на наличие центральных регуляторных механизмов.

Еще в середине XX в. была доказана и обоснована взаимосвязь внимания с функциональным состоянием различных структур центральной нервной системы, что возможно зафиксировать с помощью электроэнцефалограммы (ЭЭГ) [29]. Результаты нейрофизиологических исследований последних лет свидетельствуют об изменении электрической активности ряда нейронных систем при индуцировании произвольного внимания. Анализ электрической активности мозговых структур показал изменения в различных отведениях в зависимости от характера раздражителя: концентрация внимания на зрительных раздражителях отличалась повышением электрической активности затылочной области, а на слуховых стимулах – в височной доле [4, 29].

В западной литературе большое внимание уделяется теории коннективизма, суть которой заключается в признании управляющих структур, обеспечивающих согласование системы за счет организации связей

между отдельными модулями. Ряд теорий рассматривает фронтальные доли коры в качестве такого управляющего центра [6, 12]. Нейрофизиологическая модель, предложенная М. Познером, фиксирует наличие задней и передней морфологических структур, обеспечивающих функционирование процессов непроизвольного и произвольного внимания, тесно взаимосвязанных с сенсорными рецепторами и двигательной системой [37]. Задняя структура представлена теменной корой, подушкой зрительного бугра и верхними бугорками четверохолмия. Состав передней морфофункциональной системы определяется цингулярной извилиной и дорзоплатеральной префронтальной корой. В настоящее время установлено наличие тесных взаимосвязей участков коры с таламическими структурами, что определяет взаимодействие с системой анализаторов произвольного внимания [26].

На морфофункциональном уровне механизмы регуляции внимания представлены влиянием префронтальной коры на взаимодействие модуляции различных кортикальных комплексов с ритмогенными таламокорковыми структурами в ретикулярном ядре под мотивационным контролем, обеспеченным связями медиодорзального ядра, входящего в состав фронто-таламической системы, со структурами лимбического круга, включая цингулярную кору.

Раскрытие нейрофизиологических механизмов регуляции внимания позволило ученым разработать ряд неврологических тактик, направленных на коррекцию нарушений внимания. К наиболее распространенным нарушениям внимания относятся рассеянность, чрезмерная подвижность и инертность [3, 6, 13]. Аттензивные расстройства относятся к патологическим изменениям направленности и избирательности психической деятельности.

Среди упомянутых расстройств внимания наиболее часто встречается рассеянность, характеризующаяся неспособностью длительной концентрации, сосредоточения, которая проявляется легкой и частой отвлекаемостью. Второе по частоте нарушение

ние внимания – невозможность волевой длительной фиксации на каком-то определенном объекте за счет постоянных переходов от одного объекта и вида деятельности к другому [26]. При ряде органических поражений головного мозга за счет малой подвижности внимания формируется инертность, которая проявляется патологической фиксацией на узком круге раздражителей; среди этих нарушений самая тяжелая патология – апрозексия, которая представлена отсутствием как активного, так и пассивного внимания, это полное отсутствие возможности привлечь внимание каким-либо способом. Клинически эти нарушения представлены рядом синдромов: повышенной истощаемостью, связанной с чрезмерной утомляемостью, что приводит к ослаблению активного и пассивного внимания; снижением устойчивости, выраженным патологической отвлекаемостью и непроизвольным переключением на посторонние раздражители; сужением объема внимания, представленным высокой сосредоточенностью на одном объекте с полным игнорированием других; снижением концентрации, определяющимся ослаблением сосредоточения на конкретных явлениях и объектах; повышением инертности, определяемым нарушением способности переносить фокус с наблюдаемого объекта [28].

Этиопатогенез аттентивных расстройств может быть представлен нарушениями всех видов внимания, модально-неспецифическими расстройствами или нарушением какой-либо одной из сфер: зрительной, слуховой, моторной или тактильной – модально-специфическим расстройством. К механизмам модально-неспецифических нарушений относят дисфункцию структур продолговатого и среднего мозга, нарушение регуляции диэнцефальных структур и лимбической системы или поражение медиобазальных отделов сенсорных и двигательных зон коры. При специфических расстройствах симптоматика основана на нарушениях осознания стимулов одной модальности при их удвоенном представлении, например двойных зрительных,

звуковых или тактильных образов; в основе патогенеза этой патологии лежит нарушение работы соответствующих корковых анализаторных мозговых систем [32].

При существенных нарушениях внимания у взрослых этиопатогенетическая тактика лечения в основном определяется основным заболеванием. При устранении этиологического фактора астенизации, депрессивных расстройств, судорожного синдрома или последствий черепно-мозговой травмы удается восстановить функцию внимания.

В настоящее время существует несколько основных видов коррекции внимания. К препаратам для осуществления лекарственной терапии нарушений внимания большинство авторов относят ноотропы. В ряде случаев допустимо применение средств, стимулирующих центральную нервную систему (психостимуляторы, растительные адаптогены). Среди этих лекарственных препаратов широкое распространение получили: нобен (кофермент Q10), улучшающий концентрацию внимания; билобил (экстракт гинкго билоба) – вазоактивный препарат, стимулирующий клетки головного мозга; глицин (заменимая аминокислота) – субстратный препарат с легким седативным действием, который повышает концентрацию внимания, и аминалон (производная гамма-аминомасляной кислоты), повышающий метаболизм глюкозы в головном мозге и способствующий повышению концентрации внимания [11, 21]. В случаях выраженных расстройств показано назначение антидепрессантов [36]. При возникновении расстройств внимания в периоды реабилитации после перенесенных черепно-мозговых травм, нарушений мозгового кровообращения и нейроинфекций рекомендуется использование психологической коррекции, включающей занятия с психологами, использование программных интерактивных методик, ориентированных на усиление сосредоточенности, устойчивости и распределения внимания. Хороший эффект дает проведение упражнений, направленных на саморегуляцию напряжения и расслабления. Третий вид лечения представлен физиотерапевтическими методика-

ми. В настоящее время эффективно применяются методы электростимуляции систем головного мозга низкочастотными токами, широкое признание эти методы получили за неинвазивность и минимальный риск формирования побочных эффектов. При сопутствующих астенических и неврастенических расстройствах назначают традиционные физические методы лечения: массаж, лечебную физкультуру, пелоидотерапию и бальнеотерапию [34, 35].

Большинство зарубежных неврологов относят к нарушениям внимания «синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых» – этот диагноз представлен в «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств, 5-е издание» (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition DSM-5), опубликованном Американской психиатрической ассоциацией [27]. В соответствии с этим руководством синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых делят на три типа: преимущественно невнимательный, преимущественно гиперактивный и комбинированный. Проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у взрослых обычно заключаются в основном в невнимательности или, наоборот, повышенной фокусировке на каком-то одном объекте в ущерб другим когнитивным процессам, что часто

сопровождается эмоциональной дисрегуляцией [16, 25, 35]. Западные специалисты предлагают для его лечения психофармакологические препараты и сеансы психотерапии. Стоит отметить, что этиология и патогенез этих нарушений еще до конца не выяснены. При этом большинство отечественных неврологов не признают формирование этой патологии у взрослых и считают, что эти нарушения развиваются только в детском возрасте, проявляются в основном в 3–5-летнем возрасте и проходят к 14 годам [8, 13].

Заключение

Результаты анализа отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о существующих пробелах в знаниях в области когнитивной психофизиологии в целом и психофизиологических механизмов, обеспечивающих внимание, в частности; в современном научном обществе отсутствует единое мнение о роли центральной нервной системы в регуляции внимания. Учитывая увеличивающийся поток информации в современном урбанизированном обществе, вызывающий усложнение выделения требуемых импульсов, поступающих через различные анализаторы, вопросы диагностики и коррекции нарушений внимания требуют серьезного изучения.

Литература

1. Апчел В.Я., Цыган В.Н. Память и внимание-интеграторы психики : учеб. пособие. СПб.: Логос, 2004. 120 с.
2. Ахметова З.А. Деятельностный подход в психологии как методологическая основа для исследования внимания // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5, № 9. С. 435–446. DOI: 10.33619/2414-2948/46/52.
3. Бекетова Е.Н., Мамедова Л.В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности как детерминант возникновения прокрастинации // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2022. Т. 11, № 5–1. С. 17–24. DOI: 10.34670/AR.2022.84.76.002.
4. Бойцова Ю.А., Данько С.Г., Соловьева М.Л. [и др.]. ЭЭГ-корреляты подготовительного и исполнительного внимания при выполнении заданий с различной направленностью внимания // Физиология человека. 2020. Т. 46, № 6. С. 16–26. DOI: 10.31857/S0131164620050033.
5. Букина Т.В., Храмова М.В. Применение технологии визуализации информации для развития внимания на уроках информатики // Информационные технологии в образовании. 2020. № 3. С. 38–43.
6. Гареева А.Э., Шарафиев Р.Р., Ахметова Э.А. Сочетанное влияние генетических факторов и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью на развитие зависимости от синтетических каннабиноидов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120, № 2. С. 15–21. DOI: 10.17116/jnevro202012002115.
7. Данько С.Г., Бойцова Ю.А., Качалова Л.М. Динамика мощности ЭЭГ при неструктурированном видеовоздействии в условиях покоя и направленного внимания // Физиология человека. 2011. Т. 37, № 1. С. 136–139.
8. Дорошенко О.М. К вопросу о синдроме дефицита внимания и гиперактивности детей: особенности поведения // Психология обучения. 2022. № 1. С. 32–36.

9. Ермолаев В.В., Четверикова А.И., Воронцова Ю., Насонова Д.К. Способ определения концентрации внимания и/или переключения внимания испытуемого // Пат. на изобретение 2772663 Рос. Федерация, МПК А61В 5/16. Заявл. 2021110566, 15.04.2021; опубл. 23.05.2022, № 15.
10. Есейкина Л.И., Плужников И.В. Нарушения внимания у больных с тревожными расстройствами: нейропсихологический подход // Психиатрия. 2016. № 3 (71). С. 55–55а.
11. Ковалев Г.И., Сухорукова Н.А., Кондрахин Е.А. [и др.]. Влияние пираретама на рецепторные системы мозга мышшей CD-1 с разным фенотипом устойчивости внимания // Химико-фармацевтический журнал. 2021. Т. 55, № 8. С. 10–14. DOI: 10.30906/0023-1134-2021-55-8-10-14.
12. Кожокина А.В. Особенности вербализации познавательного потенциала процесса внимания // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. 2016. № 1. С. 84–86.
13. Крупская Е.В. Функциональная зрелость регуляторных систем мозга и организация внимания у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Новости науки и техники. Серия: Медицина. Психиатрия. 2007. № 2. С. 127.
14. Латышева Н.В., Филатова Е.Г., Осипова Д.В. Нарушения памяти и внимания у пациентов с мигренью: недооцененные симптомы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 2. С. 39–43. DOI: 10.17116/jnevro201911902139.
15. Лобанов А.А., Попова О.В. Внимание человека: психофизиологические аспекты в норме и при нарушении // Международный студенческий научный вестник. 2017. № 1. С. 9.
16. Мардасова Т.А., Юсупов П.Р. Когнитивные нарушения непосредственной памяти и внимания женщин в послеродовом периоде // Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета. 2019. № 4. С. 56–65.
17. Мартыанова Ю.А. Приемы активизации внимания на лекционных занятиях по экономике // Студенческая наука и XXI век. 2020. Т. 17, № 2–2 (20). С. 227–228.
18. Милкова М.А. Феномен внимания в информационной среде: экономика внимания // Цифровая экономика. 2020. № 3 (11). С. 73–87. DOI: 10.34706/DE-2020-03-08.
19. Овсянникова М.А. Влияние физической нагрузки различной направленности на устойчивость внимания студентов вуза транспортной отрасли // Вестник Юридического института МИИТ. 2021. № 4 (36). С. 88–92.
20. Пимбурский И.П., Пушкина К.В. Физиология внимания. Исследование внимания у студентов медицинского факультета // Сборник научных трудов молодых ученых и специалистов. Чебоксары, 2017. С. 146–150.
21. Пырьев Е.А., Кургинова А.Н. Теоретический аспект в изучении нейрофизиологических механизмов эмоциональности у школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Коррекционно-педагогическое образование. 2020. № 3 (23). С. 5–14.
22. Рожкова Е.Н. Взаимосвязь параметров внимания и памяти у студентов ГГМУ // Актуальные научные исследования в современном мире. 2021. № 1–3 (69). С. 24–26.
23. Сафонов В.К., Сопов В.Ф., Мирошников С.А. Ошибки внимания или особенности концентрации внимания // Спортивный психолог. 2015. № 3 (38). С. 21–26.
24. Харина Д.В., Лагюшин Я.В., Харина И.Ф. Особенности концентрации внимания студентов-спортсменов в зависимости от организации режима дня // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2019. № 4 (15). Спецвыпуск. С. 446–454.
25. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. [и др.]. Нарушения когнитивного контроля при синдроме дефицита внимания у взрослых // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 12. С. 31–35.
26. Albert J., Sanchez-Carmona A.J., López-Martín S. [et al.]. Neuropsychological deficit, symptom intensity and functional impairment in attention deficit hyperactivity disorder // *Medicina (B Aires)*. 2022. Vol. 82, Suppl. 1. P. 23–27.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. 943 p.
28. Ashinoff B.K., Abu-Akel A. Hyperfocus: The Forgotten Frontier of Attention // *Psychol. Res.* 2021. Vol. 85, N 1. P. 1–19. DOI: 10.1007/s00426-019-01245-8.
29. Ceh S.M., Annerer-Walcher S., Körner C. [et al.]. Neurophysiological Indicators of Internal Attention: An Electroencephalography-eye-tracking Coregistration Study // *Brain. Behav.* 2020. Vol. 10, N 10. P. e01790. DOI: 10.1002/brb3.1790.
30. Chen J., Jacob P.M., Reeve R. Manipulation of Attention Affects Subitizing Performance: A Systematic Review and Meta-analysis // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2022. Vol. 139. P. 104753. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104753.
31. Chen X., Liu F., Lin S. [et al.]. Effects of Virtual Reality Rehabilitation Training on Cognitive Function and Activities of Daily Living of Patients With Poststroke Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2022. Vol. 103, N 7. P. 1422–1435. DOI: 10.1016/j.apmr.2022.03.012.

32. Hanc T., Cortese S. Attention Deficit / Hyperactivity-disorder and Obesity: A Review and Model of Current Hypotheses Explaining their Comorbidity // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2018. Vol. 92. P. 16–28. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.05.017.
33. Hopfinger J.B., Slotnick S.D. Attentional Control and Executive Function // *Cogn Neurosci.* 2020. Vol. 11, N 1-2. P. 1–4. DOI: 10.1080/17588928.2019.1682985.
34. Hunt C.A., Hoffman M.A., Mohr J.J. [et al.]. Assessing Perceived Barriers to Meditation: the Determinants of Meditation Practice Inventory-Revised (DMPI-R) // *Mindfulness (NY)*. 2020. Vol. 11, N 5. P. 1139–1149. DOI: 10.1007/s12671-020-01308-7.
35. Mohamed S.M.H., Butzbach M., Fuermaier A.B.M. [et al.]. Basic and Complex Cognitive Functions in Adult ADHD // *PLoS One*. 2021. Vol. 16, N 9. P. e0256228. DOI: 10.1371/journal.pone.0256228.
36. Morlet D., Mattout J., Fischer C. [et al.]. Infraclinical Detection of Voluntary Attention in Coma and Post-coma Patients Using Electrophysiology // *Clin. Neurophysiol.* 2023 Vol. 145. P. 151–161. DOI: 10.1016/j.clinph.2022.09.019.
37. Posner M.I., Rothbart M.R. Constraining Neuronal Theories of Mind // *Large-scale Neuronal Theories of Brain. Computational Neuroscience*. Eds: Ch. Koch, J.L. Davis. Cambridge: MIT Press, 1994. P. 183–199.
38. Yener G., Öz D. Innovations in Neurophysiology and Their Use in Neuropsychiatry // *Noro. Psikiyat. Ars.* 2022. Vol. 59, Suppl. 1. P. S67–S74. DOI: 10.29399/npa.28234.

Поступила 25.05.2023 г.

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

Вклад авторов: Е.А. Холод – сбор первичных данных, анализ публикаций, подготовка первого варианта статьи; Е.Г. Сухотерина – подготовка и перевод реферата; Е.К. Гуманенко – методология исследования; А.О. Пятибрат – подготовка окончательного варианта статьи.

Для цитирования: Холод Е.А., Сухотерина Е.Г., Гуманенко Е.К., Пятибрат А.О. Психофизиологические механизмы внимания и методы коррекции их нарушений // *Вестник психотерапии*. 2023. № 86. С. 103–113. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-103-113

E.A. Kholod¹, E.G. Sukhoterina¹, E.K. Gumanenko¹, A.O. Pyatibrat^{1, 2}

Psychophysiological mechanisms of attention and methods of correction of their disorders

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194044, Russia);

²Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia)

Elena Anatolyevna Kholod – senior lecturer, Department of Extreme Medicine, Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: dr.elena001@gmail.com;

Elena Gennadievna Sukhoterina – PhD Med. Sci., Associate Prof., Department of Extreme Medicine, Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lenasukhoterina@mail.ru;

Evgeny Konstantinovich Gumanenko – Dr. Med. Sci., Prof., Head of the Department of Extreme Medicine, Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gumanenko@inbox.ru;

✉ Alexander Olegovich Pyatibrat – Dr. Med. Sci., Associate Prof., Head of the Department of Extreme Medicine, Traumatology, Orthopedics and Military Field Surgery, St. Petersburg State Pediatric Medical University (2, Litovskaya Str., St. Petersburg, 194044, Russia); Senior Researcher, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: a5brat@yandex.ru

Abstract

Relevance. The issues of attention regulation are considered one of the most difficult problems of psychophysiology. The role of attention in human life cannot be overestimated, since attention is involved in the perception of necessary information, as well as in the regulation of mental processes.

Intention. The aim is to analyze modern views on the psychophysiological mechanisms of attention and the prospects for etiopathogenetic correction of its disorders.

Methodology. A search for relevant research findings was conducted using the Russian Science Citation Index [<https://elibrary.ru>] and PubMed [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>] databases for the last 10 years.

Results and their analysis. Analysis of the current literature reveals that, even after two centuries of studying attention, there are still significant gaps in knowledge in this field. Several hypothetical theories define attention mechanisms, but a consensus on the role of the central nervous system in its regulation remains elusive. Contemporary views on attention disorders and methods of their correction have been examined.

Conclusion. Due to the increasing frequency of attention disorders, there is a pressing need for more intensive research into the issue of attention correction.

Keywords: medical psychology, attention, cognitive impairment, functional state, neuropsychology, psychophysiology.

References

1. Apchel V.Ya., Tsygan V.N. Pamyat' i vnimanie-integratory psikhiki [Memory and attention – integrators of the psyche]. St. Petersburg. 2004. 120 p. (In Russ.)
2. Akhmetova Z.A. Deyatel'nostnyi podkhod v psikhologii kak metodologicheskaya osnova dlya issledovaniya vnimaniya [Activity approach in psychology as a methodological basis for the study of attention]. *Byulleten' nauki i praktiki* [Bulletin of science and practice]. 2019; 5(9):435–446. DOI: 10.33619/2414-2948/46/52. (In Russ.)
3. Beketova E.N., Mamedova L.V. Sindrom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti kak determinant vozniknoveniya prokrastinatsii [Attention deficit hyperactivity disorder as a determinant of procrastination]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches]. 2022; 11 (5A): 17–24. DOI: 10.34670/AR.2022.84.76.002. (In Russ.)
4. Boytsova Y.A., Danko S.G., Solov'eva M.L. [et al.]. EEG correlates of preparatory and executive attention during the performance of tasks with various directionalities of attention. *Human Physiology*. 2020; 46(6):597–606. DOI: 10.31857/S0131164620050033.
5. Bukina T.V., Khramova M.V. Primenenie tekhnologii vizualizatsii informatsii dlya razvitiya vnimaniya na urokakh informatiki [The use of information visualization technologies for the development of attention in computer science lessons]. *Informatsionnye tekhnologii v obrazovanii* [Information Technology in Education]. 2020; (3):38–43. (In Russ.)
6. Gareeva A.E., Sharafiev R.R., Akhmetova E.A. [et al.]. Sochetannoe vliyanie geneticheskikh faktorov i sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu na razvitie zavisimosti ot sinteticheskikh kannabinoidov [The combined effect of genetic factors and attention deficit hyperactivity disorder on the development of dependence on synthetic cannabinoids]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni C.C. Korsakova* [S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry]. 2020; 120(2):15–21. DOI: 10.17116/jnevro202012002115. (In Russ.)
7. Dan'ko S.G., Boytsova Yu.A., Kachalova L.M. Dinamika moshchnosti EEG pri nestruturirovannom videovozdeistvii v usloviyakh pokoya i napravlenogo vnimaniya [Effects of Unstructured Video Exposure on EEG Power in Situations of Forced Attention and Rest]. *Fiziologiya cheloveka* [Human Physiology]. 2011; 37 (1): 136–139. (In Russ.)
8. Doroshenko O.M. K voprosu o sindrome defitsita vnimaniya i giperaktivnosti detei: osobennosti povedeniya [On the issue of attention deficit hyperactivity disorder in children: features of behavior]. *Psikhologiya obucheniya* [Psychology of education]. 2022; (1):32–36. (In Russ.)
9. Chetverikova A.I., Vorontsova Yu., Nasonova D.K. [et al.]. Method for determining concentration of attention and/or attention switching of the subject. Patent for invention N 2772663 Russia. IPC A61B 5/16. Application 2021110566, 15.04.2021; Application published 23.05.2022, Bull. 15. (In Russ.)
10. Eseykina L.I., Pluzhnikov I.V. Narusheniya vnimaniya ubol'nykh s trevozhnymi rasstroistvami: neiropsikhologicheskii podkhod [Attention impairment in anxiety disorders: neuropsychological approach]. *Psikhiatriya* [Psychiatry (Moscow)]. 2016; (3):55–55a. (In Russ.)
11. Kovalev G.I., Sukhorukova N.A., Kondrakhin E.A. [et al.]. Influence of piracetam on brain receptor systems in CD-1 mice with different attention stability phenotypes. *Pharmaceutical Chemistry Journal*. 2021; 55 (8): 757–761.

12. Kozhokina A.V. Osobennosti verbalizatsii poznavatel'nogo potentsiala protsessa vnimaniya [Cognitive Potential of the Process of Attention and Some Special Features of Verbalization]. *Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki. Seriya: Gumanitarnye nauki* [Modern science: actual problems of theory and practice. Series of "Humanities"]. 2016; (1):84–86. (In Russ.)
13. Krupskaya E.V. Funktsional'naya zrelost' regulatorynykh sistem mozga i organizatsiya vnimaniya u detei s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Functional maturity of brain regulatory systems and organization of attention in children with attention deficit hyperactivity disorder]. *Novosti nauki i tekhniki. Seriya: Meditsina. Psikhatriya* [Science and technology news. Series: Medicine]. 2007; (2):127. (In Russ.)
14. Latsheva N.V., Filatova E.G., Osipova D.V. Narusheniya pamyati i vnimaniya u patsientov s migren'yu: nedootsenennye simptomy [Memory and attention deficit in migraine: overlooked symptoms]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii imeni C.C. Korsakova* [S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry]. 2019; 119(2):39–43. DOI: 10.17116/jnevro201911902139. (In Russ.)
15. Lobanov A.A., Popova O.V. Vnimanie cheloveka: psikhofiziologicheskie aspekty v norme i pri naruzhenii [Human attention: psychophysiological aspects normally and at disturbance]. *Mezhdunarodnyi studencheskii nauchnyi vestnik* [International Student Scientific Bulletin]. 2017; (1):9. (In Russ.)
16. Mardasova T.A., Yusupov P.R. Kognitivnye narusheniya neposredstvennoi pamyati i vnimaniya zhenshchin v poslerodovom periode [Cognitive violations of direct memory and attention of women in the postpartum period]. *Vestnik psikhologii i pedagogiki Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Psychology and Pedagogy of Altai State University]. 2019; (4):56–65. (In Russ.)
17. Mart'yanova Yu.A. Priemy aktivizatsii vnimaniya na leksionnykh zanyatiyakh po ekonomike [Techniques for activating attention in lectures on economics]. *Studencheskaya nauka i XXI vek* [Student Science and the XXI century]. 2020; 17(2-2):227–228. (In Russ.)
18. Milkova M.A. Fenomen vnimaniya v informatsionnoi srede: ekonomika vnimaniya [The phenomenon of attention in the information environment: attention economy]. *Tsifrovaya ekonomika* [Digital economy]. 2020; (3):73–87. DOI: 10.34706/DE-2020-03-08. (In Russ.)
19. Ovsyannikova M.A. Vliyaniye fizicheskoi nagruzki razlichnoi napravlenosti na ustoichivost' vnimaniya studentok vuza transportnoi otrasli [The effect of various physical activities on the attention stability of the transport university students]. *Vestnik Yuridicheskogo instituta MIIT* [Bulletin of the Law Institute of MII]. 2021; (4):88–92. (In Russ.)
20. Pimburskii I.P., Pushkina K.V. Fiziologiya vnimaniya: issledovanie vnimaniya u studentov meditsinskogo fakul'teta [The physiology of attention. the study of attention in students of the Faculty of Medicine]. *Sbornik nauchnykh trudov molodykh uchenykh i spetsialistov* [Collection of scientific papers of young scientists and specialists]. Cheboksary. 2017. Pp. 146–150. (In Russ.)
21. Pyr'ev E.A., Kurginova A.N. Teoreticheskii aspekt v izuchenii neirofiziologicheskikh mekhanizmov emotsional'nosti u shkol'nikov s sindromom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti [Theoretical aspect in the study of neurophysiological mechanisms of emotionality in schoolchildren with attention deficit hyperactivity disorder]. *Korreksionno-pedagogicheskoe obrazovanie* [Pedagogic correction education journal]. 2020; (3):5–14. (In Russ.)
22. Rozhkova E.N. Vzaimosvyaz' parametrov vnimaniya i pamyati u studentov GGMU [The relationship between the parameters of attention and memory in GSMU students]. *Aktual'nye nauchnye issledovaniya v sovremennom mire* [Current scientific research in the modern world]. 2021; (1–3):24–26. (In Russ.)
23. Safonov V.K., Sopov V.F., Miroshnikov S.A. Oshibki vnimaniya ili osobennosti kontsentratsii vnimaniya [Errors of attention or features of concentration of attention]. *Sportivnyi psikholog* [Sports psychology]. 2015; (3):21–26. (In Russ.)
24. Kharina D.V., Latyushin Ya.V., Kharina I.F. Osobennosti kontsentratsii vnimaniya studentov-sportsmenov v zavisimosti ot organizatsii rezhima dnya [Features of the concentration of attention of student athletes depending on the organization of the daily regime]. *Zdorov'e cheloveka, teoriya i metodika fizicheskoi kul'tury i sporta* [Health, Physical Culture and Sports]. 2019; (4): 446–454. (In Russ.)
25. Chutko L.S., Surushkina S.Yu., Yakovenko E.A. [et al.]. Narusheniya kognitivnogo kontrolya pri sindrome defitsita vnimaniya u vzroslykh [Cognitive control impairment in adult with attention deficit/hyperactivity disorder]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii imeni C.C. Korsakova* [S.S. Korsakov journal of neurology and psychiatry]. 2018; 118(12):31–35. (In Russ.)
26. Albert J., Sanchez-Carmona A.J., López-Martín S. [et al.]. Neuropsychological deficit, symptom intensity and functional impairment in attention deficit hyperactivity disorder]. *Medicina (B Aires)*. 2022; 82(1):23–27. (In Spanish.)
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington: American Psychiatric Association. 1994. 943 p.
28. Ashinoff B.K., Abu-Akel A. Hyperfocus: The Forgotten Frontier of Attention. *Psychol. Res*. 2021; 85 (1): 1–19. DOI: 10.1007/s00426-019-01245-8.
29. Ceh S.M., Annerer-Walcher S., Körner C. [et al.]. Neurophysiological Indicators of Internal Attention: An Electroencephalography-Eye-Tracking Coregistration Study. *Brain. Behav*. 2020; 10 (10): e01790. DOI: 10.1002/brb3.1790.

30. Chen J., Jacob P.M., Reeve R. Manipulation of Attention Affects Subitizing Performance: A Systematic Review and Meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2022; 139: 104753. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2022.104753.
31. Chen X., Liu F., Lin S. [et al.]. Effects of Virtual Reality Rehabilitation Training on Cognitive Function and Activities of Daily Living of Patients with Poststroke Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2022; 103 (7): 1422–1435. DOI: 10.1016/j.apmr.2022.03.012.
32. Hanc T., Cortese S. Attention Deficit / Hyperactivity-disorder and Obesity: A Review and Model of Current Hypotheses Explaining their Comorbidity. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2018; 92:16–28. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.05.017.
33. Hopfinger J.B., Slotnick S.D. Attentional Control and Executive Function. *Cogn. Neurosci.* 2020; 11(1–2):1–4. DOI: 10.1080/17588928.2019.1682985.
34. Hunt C.A., Hoffman M.A., Mohr J.J. [et al.]. Assessing Perceived Barriers to Meditation: the Determinants of Meditation Practice Inventory-Revised (DMPI-R). *Mindfulness (NY)*. 2020; 11(5):1139–1149. DOI: 10.1007/s12671-020-01308-7.
35. Mohamed S.M.H., Butzbach M., Fuermaier A.B.M. [et al.]. Basic and Complex Cognitive Functions in Adult ADHD. *PLoS One*. 2021; 16 (9): e0256228. DOI: 10.1371/journal.pone.0256228.
36. Morlet D., Mattout J., Fischer C. [et al.]. Infraclinical Detection of Voluntary Attention in Coma and Post-Coma Patients Using Electrophysiology. *Clin. Neurophysiol.* 2023; 145: 151–161. DOI: 10.1016/j.clinph.2022.09.019.
37. Posner M.I., Rothbart M.R. *Constraining Neuronal Theories of Mind // Large-scale Neuronal Theories of Brain. Computational Neuroscience*. Eds: Ch. Koch, J.L. Davis. Cambridge: MIT Press, 1994. P. 183–199.
38. Yener G., Öz D. Innovations in Neurophysiology and Their Use in Neuropsychiatry. *Noro. Psikiyat. Ars.* 2022; 59 (1): S67–S74. DOI: 10.29399/npa.28234.

Received 25.05.2023

For citing: Kholod E.A., Sukhoterina E.G., Gumanenko E.K., Pyatibrat A.O. Psikhofiziologicheskie mekhanizmy vnimaniya i metody korrektsii ikh narushenii. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (86):103–113. (In Russ.)

Kholod E.A., Sukhoterina E.G., Gumanenko E.K., Pyatibrat A.O. Psychophysiological mechanisms of attention and methods of correction of their disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (86):103–113. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-86-103-113

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ СТАТЕЙ

При направлении статей в журнал должны соблюдаться международные этические нормы, разработанные Комитетом по этике научных публикаций (The Committee on Publication Ethics, COPE) (<http://publicationethics.org/resources/guidelines>), рецензируемых журналов издательства «Elsevier» (<http://health.elsevier.ru/about/news/?id=990>) и содержащиеся на сайтах учредителей журнала «Вестник психотерапии».

Автор(ы) представляет(ют) электронную версию статьи в формате Word 97-2003 (!) и скан титульного листа, подписанный авторами, которые следует направить по электронному адресу редколлегии. В сведениях указываются фамилии, имена и отчества авторов полностью, ученые звания и степени, занимаемые должности, место работы с почтовым адресом учреждения и участие авторов в подготовке статьи. Ведущий автор сообщает телефон для общения с редакцией.

Оформление статьи должно соответствовать ГОСТу 7.89–2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские» и ГОСТу 7.0.7–2021 «Статьи в журналах и сборниках». 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».

Текст статьи набирается шрифтом Times New Roman, кегль – 12 пт (таблицы – 10 пт), интервал полуторный. Поля с каждой стороны по 2 см. Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 стр., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 стр. В этот объем входят текст, иллюстрации (рисунки, таблицы), список литературы и англоязычный блок.

Схема построения статьи: 1) инициалы и фамилии авторов; 2) заглавие статьи (обычным строчным шрифтом), учреждение и его адрес (указываются для каждого из авторов); 3) реферат и ключевые слова, соответствующие с Международным рубрикатом медицинских терминов (MeSH), русскоязычная версия которого представлена на сайте Центральной научной медицинской библиотеки (<http://www.scsml.rssi.ru/>); 4) краткое введение; 5) материалы и методы; 6) результаты и их анализ; 7) заключение (выводы); 8) возможные конфликты интересов, которые могут повлиять на анализ и интерпретацию полученных результатов, источники финансовой поддержки (гранты, государственные программы, проекты и т.д.), благодарности; 9) участие авторов (конкретный вклад каждого автора в подготовку и написание статьи); 10) литература.

Реферат объемом не менее 250 знаков составляется на русском и английском языке. В разделах следует кратко ответить на вопросы: актуальность (Relevance) – для чего это надо? Почему провели это исследование? Цель (Intention) – что надо сделать? Методология (Methodology) – что делали? Объект (предмет) исследования и задействованный для этого аппарат. Результаты и их анализ (Results and Discussion) – что было получено? Как эти результаты соотносятся с проведенными ранее исследованиями? Заключение (Conclusion) – что надо внедрить в научно-практическую деятельность?

Литература должна содержать в алфавитном порядке, кроме основополагающих, научные публикации за последние 5–10 лет [статьи, материалы конференций, авторефераты диссертаций (диссертация – рукопись), монографии, изобретения и пр., учебно-методическая литература не относятся к научной] и соответствовать ГОСТу 7.0.5–2008 «Библиографическая ссылка...». Для статей (книг), независимо от количества авторов, библиографическое описание приводится с заголовка, который содержит, как правило, фамилии и инициалы всех авторов. Точка и тире в записи заменяются точкой. Обязательно приводятся место издания (издательство, если оно имеется), год издания, общее количество страниц и DOI статей. Для отдельных глав, статей – страницы начала и конца документа. В транслитерированном списке (References) выходные данные: 2021. Т. 2, № 5. С. 7–10 и 2005. № 7. С. 28–39, представляются как 2021;2(5):7–10 и 2005;(7):28–39.

Требования к рисункам: допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая; допустимые форматы файлов – TIF, JPG, PDF; разрешение – не менее 300 dpi; ширина рисунка – не более 160 мм, высота рисунка – не более 130 мм, легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8–9 пт.

Структура англоязычного раздела: 1) авторы и заглавие статьи; 2) англоязычное название учреждения приводится так, как оно представлено в Уставе учреждения; 3) сведения об авторах – указываются транслитерированные имена, отчества (вначале) и потом фамилии, ученые звания и степени, должность, учреждение, его адрес; 4) реферат по разделам и ключевые слова; 5) транслитерированный список литературы. При транслитерации следует использовать сайт (<http://translit.net>), формат транслитерации – BSI. После транслитерированного русского заглавия в квадратных скобках указывается его англоязычный перевод. Для заглавий статей и журналов следует применять официальные переводы, представленные в журналах, на сайте Научной электронной библиотеки (<http://elibrary.ru>) и ведущих библиотек страны.

Присланные статьи рецензируются членами редколлегии, редакционного совета и ведущими специалистами отрасли. Рецензирование – «двойное слепое». При положительном отзыве статьи принимаются к печати.

При принятии статьи к публикации авторы дают право редакции размещать полные тексты статей и ее реферата в информационных справочно-библиографических базах данных.

Рукописи авторам не возвращаются.

Плата за публикацию рукописей с аспирантов не взимается.