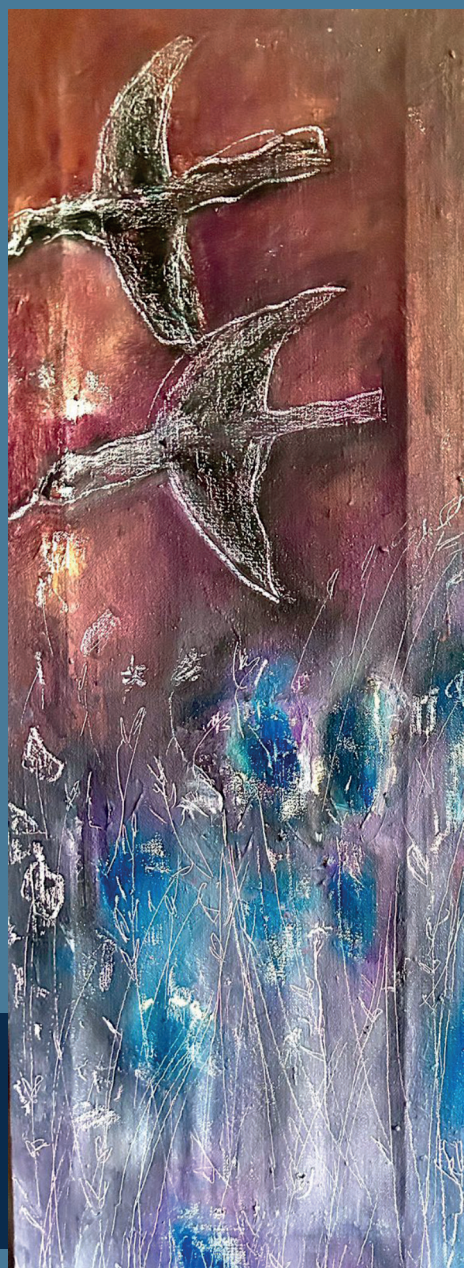


- Психотерапия
- Психиатрия и наркология
- Медицинская психология
- Психофизиология
- Юридическая психология и психология безопасности личности

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

Вестник ПСИХОТЕРАПИИ

№90



Bulletin of Psychotherapy

2024



ИНСТИТУТ ПСИХОТЕРАПИИ И
МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
им. Б.Д. Карвасарского

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского

Институт психотерапии и медицинской психологии им. Б.Д. Карвасарского — образовательный и научно-практический центр Петербургской (Ленинградской) школы психотерапии, осуществляющий образовательные, научно-практические внедренческие проекты на переднем крае науки в области клинической психотерапии и клинической (медицинской) психологии.

4-Й ОСЕННИЙ ФЕСТИВАЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРАКТИК 2024 ГОДА

В октябре 2024 году Институт психотерапии проводит значимое событие в Мире отечественной психотерапии — традиционный 4-й Осенний фестиваль психотерапевтических практик «Индивидуальные, семейно-супружеские, групповые и средовые психотерапевтические техники, применяемые для лечения и реабилитации пациентов с аддикциями».

Тема Фестиваля продолжает тему 20-го Апрельского Семинара по психотерапии и практической психологии и посвящена психотерапии аддитивных состояний.

Участие в Фестивале позволит специалистам не только погрузиться в проблематику аддитивных состояний, но и освоить 12 ключевых психотерапевтических техник для работы с зависимыми пациентами и решить 3 важные профессиональные задачи:

1. «Найти» и «пробудить» личность аддикта
2. Учесть главные факторы этиопатогенеза аддитивных состояний для повышения эффективности психотерапии при решении задач лечения и реабилитации
3. Сориентировать психотерапевтическую программу на «реабилитационный тип» пациента, что позволит сфокусировать усилия и сделать психотерапию более эффективной.

Сегодня каждый психотерапевт должен быть готовым к работе и с кризисными состояниями на всех этапах его развития и аддикциями, которые являются частыми спутниками кризиса участников СВО и членов их семей.

Важной миссией Фестиваля является подготовка личности психотерапевта (врача и психолога) для эффективного выполнения своего профессионального предназначения, ведь психотерапевт сегодня должен быть сам в отличной форме, как профессиональной, так и личностной чтобы нести поддержку другими.

Даты проведения: **10-16 октября 2024 года**

Место проведения: Царское Село, ул. Радищева 4, особняк В.П. Кочубея

Объем программы: **72 ак.ч.**

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Институт психотерапии предлагает программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки:

- по психотерапии (для врачей и психологов);
- по клинической (медицинской) психологии (для психологов и врачей);
- по реабилитации пациентов с психическими расстройствами и зависимостями.

Институт психотерапии реализует образовательные программы и научные конференции в рамках системы НМО (Непрерывного медицинского и фармацевтического образования).

Оформить заявку на участие в Осеннем Семинаре или на обучение, а также задать любые интересующие Вас вопросы можно, позвонив нам по номеру +7 812 467-47-90 или написав по адресу client@ipmp-spb.ru

Юридический адрес Института:

191014, г. Санкт-Петербург, пер. Басков, д. 32-34, стр. А литер, пом. 3Н.

Сайт 4-го Осеннего Фестиваля
психотерапевтических практик 2024 года:
https://vip.spb-ipmp.ru/osenniy_festival24



На обложке журнала
"Вестник психотерапии" № 90
использован фрагмент
художественной работы
Корастелевой Лилии Ивановны,
"Деревенское"
60×90. Холст, масло. 2024 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.ppressa-rf.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: 24.06.2024
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: 30.06.2024
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

Калганов С.П., Назыров Р.К. Сравнение клинико-психологических характеристик у пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 3 6

Психиатрия и наркология

Щетинина Е.В., Щелкова О.Ю., Костюк Г.П., Чернов Н.В. Факторы суицидального поведения пациентов, перенесших первый психотический эпизод 18
Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Плужник М.С. Показатели психических расстройств у военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (2009–2021 гг.) . . . 28

Медицинская психология

Великанов А.А. Исследование динамики психологических факторов у больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования . . . 37
Вильдан П.К. Взаимосвязь психического выгорания и социально-психологических свойств личности специалистов социомических профессий 49
Волкова С.В., Ветрова Т.В., Леонтьева М.О., Ионцев В.И. Анализ результатов исследования гормонального статуса и его влияние на индивидуальные психологические особенности личности у пациентов, страдающих акне (Acne vulgaris) 57
Кольцова О.В., Сафонова П.В., Васильева Г.Н., Шаболтас А.В., Рыбников В.Ю. О психологической реабилитации людей, инфицированных вирусом иммунодефицита. 65

Психофизиология

Дубинина Е.А., Цветкова А.Д., Виттенберг М.В., Круглова Н.В., Комолкин И.А., Алёхин А.Н. Факторы предоперационной тревожности у детей младшего школьного возраста, проходящих хирургическое лечение в связи с ортопедической патологией 82

Юридическая психология и психология безопасности личности

Киселева Н.В., Улюкин И.М., Григоров А.В., Чурин В.А., Бакланова Е.Д. Посттравматическое стрессовое расстройство и психологическая разумность у военнослужащих с боевой хирургической травмой. . . 93

Дискуссионный клуб

Богачева О.И. Психологическая образовательная программа для родителей детей с расстройствами аутистического спектра. 103
Цыренова Е.Б. Психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением костей. 111

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)

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

Леонтьев Олег Валентинович, д-р мед. наук проф., научный редактор
(Санкт-Петербург, Россия)

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

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)

Караваяева 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 90
2024

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 24.06.2024.

Format 60×84/8.

Conventional sheets 14,25.

No. of printed copies 500.

Publication date 30.06.2024

For correspondence:

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

ISSN 0132-182X (print)

ISSN 2782-652X (online)

CONTENTS

Psychotherapy

Kalganov S.P., Nazyrov R.K. Comparison of clinical and
psychological characteristics in patients with neurotic
disorders who chose active and passive positions in
psychotherapy. Part 3 6

Psychiatry and narcology

*Shchetinina E.V., Shchelkova O.Yu., Kostyuk G.P., Chernov
N.V.* Factors of suicidal behavior in patients who have
experienced a first psychotic episode 18
Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Indicators of
mental disorders among military personnel of the Russian
Ministry of Defense serving under contract (2009–2021)... 28

Medical psychology

Velikanov A.A. Study of the dynamics of psychological
factors in patients with coronary heart disease after
coronary artery bypass surgery 37
Vildan P.K. The relationship between mental burnout and
socio-psychological personality traits of specialists in
socioeconomic professions 49
Volkova S.V., Vetrova T.V., Leonteva M.O., Iontsev V.I.
Analysis of hormonal status study results and its impact
on individual psychological personality traits in acne
patients (*Acne vulgaris*) 57
*Koltsova O.V., Safonova P.V., Vasilieva G.N.,
|Shabolts A.V., Rybnikov V.Yu.* About psychological
rehabilitation for people living with HIV 65

Psychophysiology

*Dubinina E.A., Tsvetkova A.D., Vitenberg M.V., Kruglova
N.E., Komolkin I.A., Alekhin A.N.* Factors of preoperative
anxiety in primary school-aged children with orthopedic
pathology undergoing surgical treatment 82

Legal psychology and psychology of security

*Kiseleva N.V., Ulyukin I.M., Grigorov A.V., Churin V.A.,
Baklanova E.D.* Post-traumatic stress disorder and
psychological mindedness in military personnel with
combat surgical trauma 93

Discussion club

Bogacheva O.I. Psychoeducational program for parents of
children with autism spectrum disorders 103
Tsyrenova E.B. Psychological counseling for patients with
bone tumors 111

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)

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

Oleg V. Leontev, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor (St. Petersburg, Russia)

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

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

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)

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Дорогие друзья и коллеги!

Представляем Вам новый – 90-й юбилейный – номер «Вестника психотерапии» – журнала, который стремится приносить пользу психотерапевтам, клиническим (медицинским) психологам и другим специалистам в области охраны психического здоровья, а также вдумчивым пациентам, которые обращаются за помощью к этим специалистам.

Обращаем Ваше внимание на то, что вы можете направлять свои материалы не только в раздел «Психотерапия» и разделы по специальностям ВАК: «Психиатрия и наркология», «Медицинская психология», «Психофизиология», «Юридическая психология и психология безопасности личности», но и в раздел «Дискуссионный клуб». В нем можно публиковать научные и практические предположения, предлагать смелые гипотезы и материалы для обсуждения, а также участвовать в обсуждении опубликованных материалов.

В данном номере в этом разделе вашему вниманию предлагаются концепция психообразовательной программы для родителей детей с расстройствами аутистического спектра Богачёвой О.И. и авторский подход к психологическому консультированию пациентов с опухолевым поражением костей Цыреновой Е.Б. Ждем ваших аргументированных тезисов и активного участия в дискуссиях по предлагаемым темам!

В перспективе мы хотели бы также открыть раздел «Психотерапевтический консилиум», где была бы возможна публикация интересных и сложных психотерапевтических случаев.

В разделе «Психотерапия» публикуется третья часть исследования, раскрывающего значение осознанного выбора психотерапии и мотивационного компонента для достижения лечебного результата и имеющего существенное значение для клинической психотерапии (Калганов С.П., Назыров Р.К.).

Раздел «Медицинская психология» включает статьи, в которых анализируются клико-психологические факторы у пациентов с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования в динамике (Великанов А.А.); показывается взаимосвязь психического выгорания и социально-психологических свойств личности специалистов социэкономических профессий (Вильдан П.К.); предлагаются результаты исследования о влиянии гормонального статуса на индивидуальные психологические особенности личности у пациентов, страдающих акне (*Acne vulgaris*) (Волкова С.В., Ветрова Т.В., Леонтьева М.О., Ионцев В.И), а также описываются особенности психологической реабилитации людей, инфицированных вирусом иммунодефицита (Кольцова О.В., Сафонова П.В., Васильева Г.Н., Шаболтас А.В., Рыбников В.Ю.).

В раздел «Психофизиология» входит статья большой группы авторов (Дубинина Е.А., Цветкова А.Д., Виттенберг М.В., Круглова Н.В., Комолкин И.А., Алёхин А.Н.) по результатам изучения факторов предоперационной тревожности у детей младшего школьного возраста, проходящих хирургическое лечение в связи с ортопедической патологией.

Итоги исследований посттравматического стрессового расстройства и психологической разумности у военнослужащих с боевой хирургической травмой коллектива авторов (Киселева Н.В., Улюкин И.М., Григоров А.В., Чурин В.А., Бакланова Е.Д.) публикуются в разделе «Юридическая психология и психология безопасности личности».

Вот таким разнообразным и многоплановым получился юбилейный номер «Вестника психотерапии». Ждем ваших публикаций и откликов. Присоединяйтесь к дискуссии, господа!



*Равиль Назыров,
главный редактор «Вестника психотерапии»,
ректор Института психотерапии и медицинской психологии
им. Б.Д. Карвасарского (СПб.), президент Ассоциации развития
клинической психотерапии (АРКП), доктор медицинских наук*

С.П. Калганов, Р.К. Назыров

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫБРАВШИХ АКТИВНУЮ И ПАССИВНУЮ ПОЗИЦИЮ В ПСИХОТЕРАПИИ. Часть 3

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

Актуальность определяется необходимостью оценки клинических, медико- и клиничко-психологических особенностей пациентов, совершающих пассивный и активный выбор психотерапии, что является в настоящее время одной из самых сложных методологических задач в доказательной психотерапии.

Цель – сравнительный анализ клиничко-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами, активно выбирающих психотерапевтическое лечение и принимающих участие в психотерапии пассивно.

Методология. Основными методами, использованными в работе, были клинический и клиничко-психологический. В настоящем исследовании описывается сравнительная динамика клиничко-психологических характеристик прошедших психотерапевтическое лечение пациентов, активно и пассивно выбирающих психотерапию.

Результаты и их анализ. Результаты предшествующих исследований показали, что более эффективным для пациентов являются активный выбор психотерапии как ведущего метода помощи, что подтверждалось снижением выраженности симптоматики и большинства клиничко-психологических характеристик.

У пациентов, которые пассивно выбирали психотерапию, несмотря на уменьшение страданий и улучшение ряда клиничко-психологических характеристик, отмечалось также и снижение уровня «конструктивной агрессии», способствующего уменьшению желания открыто проявлять эмоциональные переживания, формировать и реализовывать свои жизненные цели. У таких пациентов отмечалось усиление отдельных симптомов, способствующих росту межличностной изоляции, снижался уровень интернальности в области отношения к здоровью и болезни.

В настоящей публикации приводятся сравнительные данные двух групп – пациентов, активно выбирающих психотерапию, и пациентов, выбирающих психотерапию пассивно.

Заключение. Полученные данные указывают на специфичность динамики клинических и клиничко-психологических характеристик и дают основания предполагать позитивное влияние активного выбора психотерапии на ее эффективность, а также говорить о большем адаптационном значении невротической симптоматики, направленной на управление межличностной дистанцией, у пациентов, пассивно выбирающих психотерапию.

Ключевые слова: психотерапия, невротическое расстройство, клиническая психология, психодиагностика, клинические особенности, клиничко-психологические факторы, лечебная модель.

✉ Калганов Сергей Петрович – врач-психиатр-психотерапевт, Ин-т психотерапии и мед. психологии им. Б.Д. Карвасарского (Россия, 191014, Санкт-Петербург, Басков пер, д. 32–34), e-mail: 9sega9@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), ORCID: 0009-0002-5073-2229; e-mail: ravil.nazyrov@gmail.com

Введение

Современные тенденции в медицине предполагают развитие доказательных исследований. Применительно к психотерапии это может означать проведение доказательных исследований реализации индивидуальных психотерапевтических программ [8, 9, 11, 16, 17, 21, 22, 23], что дает возможность определить более точные показания к назначению психотерапии, а также мотивацию и целеполагание и оценить эффективность психотерапевтического лечения [2, 3, 5, 15, 19].

В 1-й части статьи [12, 14] было показано, что в результате проведенного исследования в группе пациентов с активным выбором психотерапии наблюдалось повышение адаптационных ресурсов личности пациентов, в т.ч. изменение сознательных механизмов преодоления стресса (копинг-механизмов) и неосознаваемых стратегий (психологических защит). Отмечалось, что у пациентов с активным выбором психотерапии выявлено снижение напряженности большинства психологических защит как неосознанных способов снижения тревоги и травматичности переживаний, а также преобладание после психотерапии относительно адаптивных копинг-стратегий, направленных на проявление эмоций и сознательное отвлечение от актуальной травмирующей ситуации [7].

Во 2-й части статьи [13] приводятся результаты анализа динамики клинических и клинико-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами, выбравших пассивную позицию в психотерапии. Эффективность психотерапии при исследовании была подтверждена позитивными изменениями по некоторым показателям; однако нарастание после лечения невротической симптоматики, отражающей трудности в межличностной коммуникации, свидетельствует об адаптационном значении невротической симптоматики, направленной на управление межличностной дистанцией, а снижение интернальности по отношению к здоровью и болезни отражает отказ пациента от ответственности со своей стороны и надежду на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

В настоящем исследовании приводятся результаты сравнительного анализа динамики клинических и клинико-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами при активном и пассивном выборе психотерапевтической модели лечения. Данное исследование позволит усовершенствовать модель психотерапевтической помощи.

Материалы и методы

Были обследованы 82 пациента, находившихся в отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и отделениях Клиники неврозов (Городская психиатрическая больница № 7 им. акад. И.П. Павлова), в возрасте 18–55 лет с невротическими расстройствами (F40–F48 по МКБ-10). В 1-й группе пациентов, активно выбравших психотерапию, было 45 (54,9%) больных, во 2-й – пассивно участвующих в психотерапии по назначению лечащего врача – 37 (45,1%). Распределение пациентов в группах по полу, возрасту, образованию, семейному и социальному статусу значительно не отличалось ($p > 0,05$).

По клиническим группам, которые традиционно определяются в Петербургской (Ленинградской) школе психотерапии [6, 10], распределение пациентов значительно не отличались от группы с пассивным выбором: больные с истерическим типом невротического расстройства составили – 53 (64,6%), с неврастенией – 22 (26,8%), с неврозом навязчивых состояний – 7 (8,5%). Длительность заболевания в исследуемой выборке пациентов – в интервале от нескольких недель до 20 лет, среднее значение – 4,8 года. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 45–50 дней. Пациентов обследовали в первые три дня после госпитализации, до начала фармакотерапии и психотерапии, и после прохождения лечения, перед выпиской [1].

С пациентами проводили индивидуальную и групповую личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию

и фармакотерапию. Курс групповой терапии составил 40 ч., индивидуальной личностно-ориентированной психотерапии – 30–35 ч. Пациенты с пассивным выбором [13] изначально не проявляли заинтересованности в психотерапии, не рассматривали ее как эффективный метод лечения, выразили согласие участвовать в связи с направлением лечащего врача, находясь в стационаре. В процессе психотерапии, при опознавании роли психологических механизмов в возникновении и усилении невротической симптоматики, отношение к психотерапии у пациентов менялось.

Методы исследования включали следующие:

1) клинический метод (исследование анамнеза, оценка психического состояния, постановка и верификация диагноза, наблюдение, оценка клинической карты больного и другой медицинской документации);

2) клиничко-психологические методы: методика «Я-структурный тест» (ISTA) (средние статистические значения по шкалам находятся в диапазоне от 40 до 60 баллов, от 0 до 39 – меньше нормы, от 61 до 110 – выше нормы [18, 20]), симптоматический опросник SCL-90R, методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) [4], методика для изучения копинг-поведения Э. Хайма, методика ТОБОЛ («Тип отношения к болезни»), методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК);

3) статистический анализ был представлен методом описательной статистики и сравнительным анализом с применением t-критерия Стьюдента. Для расчетов применяли пакет программного обеспечения SPSS 19.0. Результаты считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и их анализ

Оценка сравнительной динамики клиничко-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами, предпочитающих активный и пассивный выбор психотерапевтической модели, до и после лечения.

Во 2-й группе пациентов (пассивный выбор – ПВ) [13], так же как и в 1-й группе пациентов (активный выбор – АВ) [12], отмечалась положительная динамика ряда психологических показателей. Показатели, по которым имелись статистически значимые изменения до и после психотерапии в группах активного и пассивного выбора психотерапии, представлены в таблицах.

Динамика показателей Я-структурного теста (ISTA) у пациентов в исследуемых группах при сравнительном анализе приведена в таблице 1.

В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами после психотерапии достоверных различий выявить не удалось. На уровне тенденций можно отметить, что до психотерапии отмечались некоторые различия между группами АВ и ПВ. Ожидаемые различия между этими группами касались показателей «Внешнее Я-отграничение деструктивное (O2)» и «Внутреннее Я-отграничение конструктивное (O'1)». Показатель «Внешнее Я-отграничение деструктивное (O2)» был выше в группе пациентов с ПВ, а показатель «Внутреннее Я-отграничение конструктивное (O'1)» в группе пациентов с АВ.

После проведенной психотерапии пациенты двух групп имели различия по ряду показателей на уровне тенденций: показатель «Страх дефицитарный (С3)» был ниже в группе АВ; показатель «Внешнее Я-отграничение деструктивное (O2)» – ниже в АВ; «Внутреннее Я-отграничение деструктивное (O'2)» – ниже в АВ; «Нарциссизм конструктивный (Н1)» – выше в группе АВ; «Нарциссизм деструктивный (Н2)» – ниже в группе АВ. Неожиданным результатом сравнения групп после психотерапии явилась тенденция показателя «Сексуальность деструктивная (S2)», которая была выше в группе АВ после психотерапии.

Динамика показателей по опроснику SCL-90R у пациентов в исследуемых группах приведена в таблице 2.

В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами после психотерапии по опроснику SCL-90R достоверных различий обнаружено не было.

Таблица 1

Показатели Я-структурного теста (ISTA) у пациентов в исследуемых группах при сравнительном анализе, (M ± m) балл

Показатели	До психотерапии		p	После психотерапии		*p
	Пассивный выбор (n = 37)	Активный выбор (n = 45)		Пассивный выбор (n = 37)	Активный выбор (n = 45)	
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
Агрессия конструктивная (A1)	28,6 ± 3,2	28,8 ± 2,9	0,965	20,5 ± 2,6	21,50 ± 3,1	0,805
Агрессия деструктивная (A2)	57,1 ± 1,7	57,9 ± 1,5	0,725	56,7 ± 1,8	52,51 ± 1,4	0,068
Агрессия дефицитарная (A3)	57,0 ± 2,7	58,6 ± 2,1	0,641	55,6 ± 2,3	53,34 ± 1,7	0,431
Страх конструктивный (C1)	44,2 ± 2,2	43,0 ± 1,6	0,66	44,0 ± 2,3	42,8 ± 1,6	0,67
Страх деструктивный (C2)	70,4 ± 2,8	68,4 ± 2,1	0,569	63,1 ± 2,3	61,24 ± 2,2	0,586
Страх дефицитарный (C3)	54,9 ± 2,9	53,8 ± 1,6	0,741	57,0 ± 2,3	54,6 ± 1,4	0,375
Внешнее Я-отграничение конструктивное (O1)	38,52 ± 2,1	40,2 ± 1,9	0,554	44,91 ± 2,4	46,93 ± 2,5	0,561
Внешнее Я-отграничение деструктивное (O2)	56,9 ± 3,4	53,4 ± 2,3	0,396	56,01 ± 3,3	48,53 ± 2,5	0,074
Внешнее Я-отграничение дефицитарное (O3)	62,33 ± 2,2	61,3 ± 1,8	0,718	56,9 ± 1,8	57,34 ± 1,7	0,859
Внутреннее Я-отграничение конструктивное (O'1)	33,8 ± 3,2	37,4 ± 1,5	0,311	37,6 ± 2,6	42,53 ± 1,4	0,098
Внутреннее Я-отграничение деструктивное (O'2)	57,7 ± 2,4	57,1 ± 1,8	0,842	55,0 ± 3,0	51,43 ± 2,2	0,339
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное (O'3)	60,90 ± 2,0	61,2 ± 1,9	0,913	54,6 ± 2,0	55,3 ± 1,8	0,912
Нарциссизм конструктивный (H1)	39,5 ± 3,3	42,5 ± 1,9	0,433	36,2 ± 3,9	44,9 ± 2,7	0,07
Нарциссизм деструктивный (H2)	54,0 ± 2,4	55,7 ± 2,6	0,632	56,0 ± 2,7	49,14 ± 2,2	0,070
Нарциссизм дефицитарный (H3)	58,6 ± 2,9	56,5 ± 2,2	0,566	56,2 ± 2,9	50,04 ± 2,6	0,117
Сексуальность конструктивная (S1)	44,9 ± 2,4	44,8 ± 2,1	0,975	44,2 ± 2,9	43,6 ± 2,4	0,874
Сексуальность деструктивная (S2)	47,5 ± 2,3	49,6 ± 1,6	0,428	46,3 ± 2,2	48,3 ± 1,6	0,464
Сексуальность дефицитарная (S3)	49,5 ± 2,1	51,3 ± 1,7	0,507	49,9 ± 2,6	50,8 ± 2,0	0,784

Примечание: * – достоверность различий при $p \leq 0,05$.

Показатели по опроснику SCL-90R у пациентов в исследуемых группах при сравнительном анализе, (M ± m) балл

Показатели	До психотерапии		p	После психотерапии		p
	Пассивный выбор	Активный выбор		Пассивный выбор	Активный выбор	
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
Соматизация (SOM)	1,3 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,184	1,2 ± 0,1	1,0 ± 0,1	0,161
Обсессивность-компульсивность (O-C)	1,4 ± 0,2	1,2 ± 0,1	0,374	1,3 ± 0,2	0,90 ± 0,1	0,077
Межличностная сензитивность (INT)	1,1 ± 0,2	1,2 ± 0,2	0,725	1,1 ± 0,1	1,1 ± 0,1	1
Депрессия (DEP)	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,1	0,656	1,4 ± 0,2	1,14 ± 0,1	0,248
Тревожность (ANX)	1,7 ± 0,2	1,5 ± 0,2	0,482	1,10 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,183
Враждебность (HOS)	1,0 ± 0,2	0,7 ± 0,1	0,184	1,2 ± 0,2	1,0 ± 0,1	0,374
Фобическая тревожность (PHOB)	1,4 ± 0,2	1,3 ± 0,2	0,725	1,2 ± 0,1	1,1 ± 0,1	0,656
Паранойяльные тенденции (PAR)	0,8 ± 0,2	0,8 ± 0,1	1,00	1,0 ± 0,1	0,9 ± 0,1	0,48
Психотизм (PSY)	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,1	1,00	1,14 ± 0,1	1,01 ± 0,1	0,832
Дополнительные вопросы	1,2 ± 0,2	1,2 ± 0,1	1,00	1,0 ± 0,1	0,9 ± 0,1	0,48
Индекс выраженности психопатологических жалоб (GSI)	1,3 ± 0,2	1,1 ± 0,1	0,374	1,1 ± 0,1	1,32 ± 0,1	0,123
Индекс широты психопатологической симптоматики (PSI)	51,8 ± 4,0	48,2 ± 3,1	0,479	40,01 ± 4,4	36,43 ± 2,8	0,38
Индекс симптоматического дистресса (PDSI)	2,0 ± 0,1	1,8 ± 0,1	0,161	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,1	1,0

Примечание: * – достоверность различий при $p \leq 0,05$.

В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами до психотерапии по методике «Индекс жизненного стиля» были получены достоверные различия по показателю психологической защиты «Компенсация» (преодоление фрустрирующих обстоятельств путем фантазирования или присвоения свойств и поведенческих характеристик другой личности) (см. табл. 3). Этот наиболее конструктивный механизм психологической защиты значительно выражен в группе пациентов с активным выбором психотерапевтического лечения. В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами после психотерапии по методике «Индекс жизненного стиля» достоверных различий обнаружено не было.

В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами до психотерапии были получены достоверные различия по когнитивной сфере (см. табл. 4). Среди адаптивных вариантов копинг-поведения сохранение самообладания и установка собственной ценности (способность к анализу возникших трудностей, повышение самоконтроля, самооценки, опора на собственные ресурсы) значимо преобладают в группе пациентов с активным выбором психотерапевтического лечения. Неадаптивный вариант копинг-поведения, такой как растерянность (отказ от преодоления трудностей, умышленная их недооценка, неверие в свои силы), и относительно адаптивная копинг-стратегия «религиозность» (оценка трудностей в срав-

Таблица 3

**Показатели механизмов психологической защиты по методике «ИЖС» у пациентов
в исследуемых группах при сравнительном анализе, (M ± m) балл**

Показатели	До психотерапии		p	После психотерапии		p
	Пассивный выбор	Активный выбор		Пассивный выбор	Активный выбор	
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
Отрицание	40,12 ± 6,4	47,8 ± 4,4	0,324	72,91 ± 15,4	62,91 ± 6,1	0,547
Подавление	59,6 ± 6,8	50,0 ± 4,3	0,236	42,2 ± 5,6	33,8 ± 3,1	0,193
Регрессия	65,6 ± 5,3	63,6 ± 4,1	0,766	44,6 ± 5,2	41,3 ± 3,4	0,597
Компенсация	43,9 ± 6,5	59,4 ± 4,2	0,049*	29,01 ± 4,0	40,6 ± 2,5	0,090
Проекция	56,9 ± 6,0	48,4 ± 4,0	0,242	39,7 ± 5,6	38,04 ± 3,4	0,800
Замещение	53,9 ± 5,8	50,5 ± 4,7	0,65	39,0 ± 5,4	35,7 ± 3,5	0,603
Интеллектуализация	57,2 ± 6,8	45,3 ± 3,8	0,13	39,5 ± 5,8	32,2 ± 3,0	0,266
Реактивные образования	69,7 ± 5,7	66,1 ± 3,8	0,601	49,7 ± 4,8	43,5 ± 3,0	0,277

Примечание: * – достоверность различий при $p \leq 0,05$.

Таблица 4

**Показатели копинг-стратегий по тесту Э. Хайма у пациентов в исследуемых группах
при сравнительном анализе, (M ± m) балл**

Показатели	До психотерапии		p	После психотерапии		p
	Пассивный выбор	Активный выбор		Пассивный выбор	Активный выбор	
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
Когнитивная сфера						
Игнорирование	2,84 ± 0,4	2,53 ± 0,3	0,55	3,03 ± 0,3	3,31 ± 0,2	0,392
Смирение	3,32 ± 0,5	2,43 ± 0,3	0,127	2,12 ± 0,3	2,2 ± 0,2	0,782
Диссимуляция	3,40 ± 0,4	3,12 ± 0,3	0,55	3,04 ± 0,4	3,3 ± 0,3	0,55
Сохранение самообладания	3,01 ± 0,4	4,13 ± 0,3	0,031*	3,02 ± 0,4	4,0 ± 0,3	0,05*
Проблемный анализ	4,51 ± 0,5	4,72 ± 0,3	0,732	4,72 ± 0,5	4,6 ± 0,3	0,864
Относительность	3,93 ± 0,4	3,14 ± 0,3	0,114	4,11 ± 0,5	4,12 ± 0,3	0,972
Религиозность	4,10 ± 0,5	2,71 ± 0,3	0,019*	2,81 ± 0,4	2,5 ± 0,3	0,550
Растерянность	5,21 ± 0,4	3,93 ± 0,4	0,024*	4,91 ± 0,5	3,8 ± 0,3	0,063
Придача смысла	3,43 ± 0,5	4,21 ± 0,3	0,174	3,84 ± 0,5	4,2 ± 0,3	0,495
Установка собственной ценности	3,31 ± 0,5	4,84 ± 0,3	0,012*	3,93 ± 0,5	4,6 ± 0,3	0,234
Эмоциональная сфера						
Протест	2,85 ± 0,4	2,74 ± 0,3	0,842	2,54 ± 0,4	2,6 ± 0,3	0,842
Эмоциональная разрядка	2,51 ± 0,5	3,21 ± 0,3	0,234	4,51 ± 0,6	4,43 ± 0,4	0,205
Подавление эмоций	4,01 ± 0,5	4,25 ± 0,3	0,745	2,52 ± 0,5	3,2 ± 0,3	0,233
Оптимизм	4,02 ± 0,5	5,13 ± 0,3	0,063	3,72 ± 0,5	5,0 ± 0,3	0,029*
Пассивная кооперация	4,04 ± 0,5	3,92 ± 0,3	0,864	4,01 ± 0,5	3,8 ± 0,3	0,733
Покорность	3,22 ± 0,5	3,41 ± 0,3	0,733	3,6 ± 0,5	3,6 ± 0,3	1
Самообвинение	2,63 ± 0,4	3,02 ± 0,3	0,426	2,7 ± 0,4	2,8 ± 0,3	0,864
Агрессивность	2,81 ± 0,5	2,24 ± 0,2	0,269	3,1 ± 0,5	2,6 ± 0,3	0,394

Окончание табл. 4

Показатели	До психотерапии		P	После психотерапии		P
	Пассивный выбор	Активный выбор		Пассивный выбор	Активный выбор	
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
Поведенческая сфера						
Отвлечение	3,43 ± 0,5	4,23 ± 0,3	0,158	3,02 ± 0,4	3,9 ± 0,3	0,075
Альтруизм	3,61 ± 0,5	3,42 ± 0,3	0,758	2,31 ± 0,4	2,51 ± 0,3	0,067
Активное избегание	3,34 ± 0,4	3,21 ± 0,3	0,857	3,21 ± 0,4	3,01 ± 0,3	0,704
Компенсации	3,51 ± 0,5	3,75 ± 0,3	0,694	3,32 ± 0,5	3,61 ± 0,3	0,596
Конструктивная активность	2,26 ± 0,3	2,62 ± 0,2	0,247	2,31 ± 0,4	2,60 ± 0,3	0,552
Отступление	4,54 ± 0,5	3,51 ± 0,4	0,126	5,9 ± 0,5	4,83 ± 0,4	0,098
Сотрудничество	3,91 ± 0,5	4,13 ± 0,3	0,694	3,9 ± 0,5	4,32 ± 0,3	0,473
Обращение	3,53 ± 0,5	4,64 ± 0,3	0,054	3,6 ± 0,5	4,52 ± 0,3	0,118

Примечание: * – достоверность различий при $p \leq 0,05$.

нении с другими, придание особого смысла их преодолению, вера в бога) преобладают в группе пациентов с пассивным выбором психотерапии. В результате сравнительного

анализа между исследуемыми группами после психотерапии были получены достоверные различия по когнитивной и эмоциональной сфере. Сохранение самообладания из

Таблица 5

Показатели по опроснику ТОБОЛ у пациентов в исследуемых группах при сравнительном анализе, (M ± m) балл

Показатели	До психотерапии		P	После психотерапии		P
	Активный выбор	Пассивный выбор		Активный выбор	Пассивный выбор	
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
Блок без нарушения психической и социальной адаптации						
Гармонический	7,34 ± 2,0	14,2 ± 3,7	0,105	7,13 ± 1,4	10,94 ± 2,7	0,215
Эргопатический	10,91 ± 2,0	12,0 ± 2,5	0,732	11,72 ± 1,7	11,82 ± 2,0	0,975
Анозогнозический	4,13 ± 1,4	3,5 ± 1,3	0,754	4,21 ± 1,2	3,25 ± 1,2	0,557
Блок с нарушениями психической и социальной адаптации, обусловленными интрапсихической направленностью личностного реагирования						
Тревожный	16,72 ± 2,1	15,1 ± 2,3	0,609	11,34 ± 1,5	14,91 ± 2,3	0,198
Ипохондрический	14,43 ± 1,5	17,6 ± 2,1	0,219	10,24 ± 1,2	16,04 ± 1,7	0,006*
Неврастенический	13,72 ± 1,0	16,1 ± 1,5	0,187	14,21 ± 1,0	16,54 ± 1,7	0,247
Меланхолический	9,24 ± 1,2	10,3 ± 2,8	0,716	12,81 ± 1,8	20,98 ± 4,7	0,099
Апатический	7,01 ± 1,2	8,01 ± 2,1	0,680	10,82 ± 1,4	14,31 ± 2,4	0,212
Блок с нарушениями психической и социальной адаптации, обусловленными интерпсихической направленностью личностного реагирования						
Сенситивный	18,12 ± 1,4	16,0 ± 1,7	0,343	17,54 ± 1,2	17,94 ± 2,0	0,864
Эгоцентрический	11,33 ± 1,2	11,5 ± 1,7	0,924	11,02 ± 1,1	11,81 ± 1,9	0,717
Паранойальный	6,81 ± 0,7	8,9 ± 1,4	0,184	6,74 ± 0,7	8,24 ± 1,4	0,346
Дисфорический	6,72 ± 1,0	10,6 ± 2,0	0,085	6,01 ± 0,9	8,05 ± 1,7	0,302

Примечание: * – достоверность различий при $p \leq 0,05$.

когнитивной сферы (способность к анализу возникших трудностей, повышение самоконтроля, самооценки, опора на собственные ресурсы) и оптимизм из эмоциональной сферы (пациенты эмоционально и активно выступают против трудностей и уверены в наличии выхода из кризиса) значимо преобладают в группе пациентов с активным выбором психотерапевтического лечения.

В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами по опроснику ТОБОЛ обнаружены достоверные различия в блоке с ипохондрическими нарушениями психической и социальной адаптации (см. табл. 5). В группе пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную позицию в психотерапии, ипохондрические проявления после проведенного лечения заметно уменьшились, в сравнении с пациентами с пассивной позицией в психотерапии, у которых улучшений не наблюдалось.

В результате сравнительного анализа между исследуемыми группами были получены достоверные различия по показателям

локус-контроля по методике УСК до психотерапии (см. табл. 6). Шкала общей интернальности (пациенты этой группы считают все свои проблемы результатом их собственных действий, контролируют их и чувствуют свою ответственность за них) достоверно больше преобладает в группе пациентов с активным выбором психотерапевтического лечения, а шкала интернальности в области межличностных отношений (пациенты способны активно формировать, контролировать круг общения, вызывать уважение) – в группе пациентов с пассивным выбором психотерапевтического лечения.

Выводы

Полученные данные о сравнительной динамике клинических и клинико-психологических характеристик дают основания предполагать доминирующее и позитивное влияние активного выбора психотерапии на ее эффективность в данной группе активных и мотивированных пациентов.

Таблица 6

Показатели по методике «УСК» у пациентов в исследуемых группах при сравнительном анализе, (M ± m) балл

Показатели	До психотерапии		P	После психотерапии		P
	Активный выбор	Пассивный выбор		Активный выбор	Пассивный выбор	
	M ± m	M ± m		M ± m	M ± m	
Шкала общей интернальности (Ио)	19,34 ± 0,6	12,13 ± 2,5	0,006*	25,31 ± 0,6	23,0 ± 0,9	0,037 *
Шкала интернальности в области достижений (Ид)	6,91 ± 0,3	6,02 ± 0,5	0,127	6,72 ± 0,3	5,93 ± 0,5	0,174
Шкала интернальности в области неудач (Ин)	6,35 ± 0,2	5,74 ± 0,4	0,184	6,35 ± 0,2	5,74 ± 0,3	0,162
Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис)	5,52 ± 0,3	6,30 ± 0,3	0,063	6,51 ± 0,2	7,13 ± 0,3	0,084
Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип)	3,51 ± 0,2	3,43 ± 0,4	0,824	4,62 ± 0,2	4,81 ± 0,4	0,922
Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им)	3,33 ± 0,2	4,30 ± 0,4	0,028*	5,01 ± 0,2	6,01 ± 0,4	0,028 *
Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из)	5,12 ± 0,3	4,82 ± 0,5	0,608	4,13 ± 0,3	3,34 ± 0,5	0,174

Примечание: * – достоверность различий при $p \leq 0,05$.

Эффективность психотерапии в группе активного выбора подтверждалась практически по всем исследуемым переменным, а уровень интернальности после психотерапии свидетельствовал о выравнивании ответственности в диаде «психотерапевт – пациент». У пациентов, выбравших пассивную позицию в психотерапии, после лечения установлено нарастание невротической симптоматики и отсутствие редукции ипохондрических проявлений. Все это демонстрирует трудности в межперсональной коммуникации и подтверждает адаптационное значение невротической симптоматики, направленной на управление межличностной дистанцией, а снижение интернальности по отношению к здоровью и болезни отражает отказ пациентов от ответственности со своей

стороны и надежду на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Таким образом, результаты проведенного исследования могут иметь большое значение для применения психотерапии в клинике: для достижения позитивного клинического результата психотерапии пациент должен осознанно и самостоятельно совершить активный выбор в пользу психотерапевтического лечения, а это означает, что на начальном этапе психотерапии активность специалистов должна быть направлена на формирование мотивации и принятие пациентом ответственности за предстоящее психотерапевтическое лечение.

Полученные данные позволят уточнить стратегию клинической психотерапии при лечении невротических расстройств.

Литература

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М., 2002. 439 с.
2. Бочаров В.В., Васильева А.В., Полторак С.В., Сарайкин Д.М. Соотношение психотерапии и психофармакотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах в зависимости от мотивационных сценариев пациентов // Вестник психотерапии. 2013. № 46. С. 36–49.
3. Васильева А.В., Гаренкова Н.И., Полторак С.В. Психотерапия и психофармакотерапия в лечении невротических расстройств // Клинические и социально-психологические аспекты качества жизни психоневрологических больных в современном обществе: сб. тез. науч. конф. СПб.: С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. С. 56–57.
4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей. СПб.: Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. 54 с.
5. Караваева Т.А., Колотильщикова Е.А. Мизинова Е.Б. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. 2010. № 3. С. 62–65.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990. 576 с.
7. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. [и др.]. Копинг-поведение (механизмы совладания) как сознательные стратегии преодоления стрессовых ситуаций и методы их определения: пособие для врачей и психологов. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. 28 с.
8. Кузнецов В.Е. Эффективность когнитивно-ориентированной психотерапии при генерализованном и паническом тревожных расстройствах: автореферат дис. кандидата наук: 14.01.06. Москва, 2017. 21 с.
9. Ляшкова С.В., Ташлыков В.А., Семенова Н.В. Подходы к определению и типологии мишеней психотерапии в контексте задач совершенствования индивидуальных программ психотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 89–98.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / УСД-10: Клинич. описания и указания по диагностике / ВОЗ; пер. на рус. яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
11. Назыров Р.К. Клиническая психотерапия в наркологии: руководство для врачей-психотерапевтов и клинических психологов. Изд. 2-е, перераб. и доп. СПб.: Скифия-Принт, 2020. 496 с.
12. Назыров Р.К., Калганов С.П., Лысенко И.С. Сравнение клинико-психологических характеристик у пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 1 // Вестник психотерапии. 2022. № 82. С. 5–15.
13. Назыров Р.К., Калганов С.П., Лысенко И.С. Сравнение клинико-психологических характеристик у пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 2 // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 5–14.

14. Назыров Р.К., Халявко В.В., Калганов С.П. Психотерапевтическая модель лечения больных с невротическими расстройствами и их клинико-психологические характеристики // Психическое здоровье. 2013. № 8. С. 47–51.
15. Николаев Е.Л. Кросскультурный диалог в современной психотерапии // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2005. № 3. С. 8–11.
16. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / пер. с англ. М.: Прогресс-Универс, 1994. 480 с.
17. Тумасова Е.Р. Процессы интеграции в области психотерапевтической практики // Систем. интеграция в здравоохранении. 2017. № 5 (35). С. 47–53.
18. Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В. [и др.]. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей / СПб: С.-Петербург. науч. исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998. 70 с.
19. Шарипов У.М., Суюнов С.М., Худойназаров А.Д. Сравнительный анализ эффективности различных методов когнитивно-поведенческой психотерапии депрессивного синдрома у больных с невротическими расстройствами // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2014. Т. 9. № 2. С. 619–621.
20. Ammon G. Das Verstandnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgeben der Gruppe als Grundlage fur Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie // Dynamische Psychiatrie. 1978. Jg. 11. P. 120.
21. Mdege N.D., Man M.S., Taylor Nee Brown C.A., Torgerson D.J. Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation // J. Clin. Epidemiol. 2011. Vol. 64, N 9. Pp. 936–948. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.12.003
22. Neznanov N.G. A biopsychosocial paradigm in psychiatry: Its problems and prospects of development in Russia // Traditions and Innovations in Psychiatry. WPA Regional Meeting materials. World Psychiatric Association Russian Society of Psychiatry. 2010. Pp. 37–38.
23. Sobański J.A., Klasa K., Cyranka K. [et al.]. Effectiveness of intensive psychotherapy in a day hospital evaluated with Neurotic Personality Inventory KON-2006 // Psychiatria polska. 2015. Vol. 49. N 5. Pp. 1025–1041.

Поступила 15.02.2024

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

Участие авторов: С.П. Калганов – обзор научных исследований, сбор эмпирического материала, статистический анализ и интерпретация данных, подготовка иллюстративного материала, написание первоначального варианта статьи; Р.К. Назыров – планирование и методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи.

Для цитирования: Калганов С.П., Назыров Р.К. Сравнение клинико-психологических характеристик у пациентов с невротическими расстройствами, выбравших активную и пассивную позицию в психотерапии. Часть 3 // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 6–17. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-06-17

S.P. Kalganov, R.K. Nazzyrov

Comparison of Clinical and Psychological Characteristics in Patients with Neurotic Disorders Who Chose Active and Passive Positions in Psychotherapy. Part 3

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

✉ Sergey Petrovich Kalganov – psychiatrist-psychotherapist, Karvasarsky Institute of Psychotherapy and Medical Psychology (32–34, Baskov per., St. Petersburg, 191014, Russia), e-mail: 9sega9@mail.ru;

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

Abstract

The relevance is determined by the need to assess the clinical, medical, and clinical-psychological changes of patients with neurotic disorders who make a passive and active choice in psychotherapy, which is currently one of the most challenging methodological tasks in evidence-based psychotherapy.

The aim of the study is to conduct a comparative analysis of the clinical and psychological characteristics of patients with neurotic disorders who actively choose psychotherapeutic treatment and take part in psychotherapy passively.

Methodology. The main methods used in the work were clinical and clinical-psychological. The present study describes the comparative dynamics of the clinical and psychological characteristics in patients who actively and passively choose psychotherapy and have undergone psychotherapeutic treatment.

Results and their analysis. The results of previous studies have shown that an active choice of psychotherapy as the primary method of assistance is more effective for patients, as evidenced by a reduction in symptom severity and most clinical-psychological characteristics. In patients who passively chose psychotherapy, despite a decrease in distress and improvement in several clinical-psychological characteristics, there was also a reduction in the level of “constructive aggression,” which led to a decreased desire to openly express emotional experiences, set, and pursue life goals. Such patients exhibited an increase in certain symptoms that contribute to interpersonal isolation and a decrease in the level of internality concerning their attitudes towards health and illness. This publication presents comparative data between two groups: patients who actively choose psychotherapy and those who choose psychotherapy passively.

Conclusion. The obtained data indicate the specificity of the dynamics of clinical and clinical-psychological characteristics and suggest a positive effect of the active choice of psychotherapy on the effectiveness of psychotherapy, as well as a greater adaptive value of neurotic symptoms aimed at managing interpersonal distance in patients who passively choose psychotherapy.

Keywords: psychotherapy, neurotic disorder, clinical psychology, psychodiagnostics, clinical features, clinical and psychological factors, therapeutic model.

References

1. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. Moscow. 2002. 439 p. (In Russ.)
2. Bocharov V.V., Vasileva A.V., Poltorak S.V., Saraikin D.M. Cootnoshenie psihoterapii i psihofarmakoterapii pri pograniichnih nervnopsihicheskikh rasstroistvah v zavisimosti ot motivacionnih scenarijev [Correlation of psychotherapy and psychopharmacotherapy in borderline neuropsychiatric disorders depending on the motivational scenarios of patients]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013; (46): 36–49. (In Russ.)
3. Vasileva A.V., Garenkova N.I., Poltorak S.V. Psikhoterapiya i psihofarmakoterapiya v lechenii nevroticheskikh rasstroistv [Psychotherapy and psychopharmacotherapy in the treatment of neurotic disorders]. *Klinicheskie i sotsialno-psikhologicheskie aspekty kachestva zhiznipsikhonevrologicheskikh bolnykh vsovremennom obshchestve* [Clinical and socio-psychological aspects of the quality of life of neuropsychiatric patients in modern society]: Scientific. conf. -proceedings. St. Petersburg. 2003. Pp. 56–57. (In Russ.)
4. Vasserman L.I. Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya [Psychological diagnostics of the life style index]. St. Petersburg. 2005. 54 p. (In Russ.)
5. Karavaeva T.A., Kolotil'shchikova E.A. Mizinova E.B. Izmenenie psikhologicheskikh kharakteristik u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami v poslednie tri desyatiletiya [The dynamic of psychological characteristics of the neurotic disorders patients in the last 3 decades]. *Obozreniepsikhiatrii i meditsinskoipsikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2010; (3): 62–65. (In Russ.)
6. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow. 1990. 576 p. (In Russ.)
7. Karvasarskii B.D., Ababkov V.A., Vasileva A.V. [et al.]. Koping-povedenie (mekhanizmy sovladaniya) kak soznatel'nye strategii preodoleniya stressovykh situatsii i metody ikh opredeleniya [Coping behavior (coping mechanisms) as conscious strategies for overcoming stressful situations and methods for their determination]. St. Petersburg. 2007. 28 p. (In Russ.)
8. Lyuznecov V.E. Effektivnost kognitivno, orientirovannoi psihoterapii pri generalizovannom i panicheskom trevozhnih rasstroistvah [Effectiveness of cognitive-oriented psychotherapy in generalized and panic anxiety] : abstract dissertation PhD, 14.01.06 (In Russ.)
9. Lyashkovskaya S.V., Tashlykov V.A., Semenova N.V. Podkhody k opredeleniyu i tipologii mishenei psikhoterapii v kontekste zadach sovershenstvovaniya individual'nykh programm psikhoterapii [Approaches to the definition

- and typology of targets of psychotherapy in the context of the tasks of improvement of individual programs of psychotherapy]. *Obzreniepsikhiatrii i meditsinskoipsikologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2017; (1): 89–98. (In Russ.)
10. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv : MKB-10 [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10]. St. Petersburg, 1994. 303 p. (In Russ.)
 11. Nazirov R.K. Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii: rukovodstvo dlya vrachei-psikhoterapevtov i klinicheskikh psikhologov [Clinical psychotherapy in narcology: a guide for psychotherapists and clinical psychologists]. Ed. R.K. Nazirov. St. Petersburg, 2020. 496 p. (In Russ.)
 12. Nazirov R.K., Kalganov S.P., Lisenko I.S. Sravnenie kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik u patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami, vibravshikh aktivnyuyu i passivnyuyu pozitsiyu v psikhoterapii. Chast 1 [Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who have chosen an active and passive position in psychotherapy. Part 1]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (82): 5–14. (In Russ.)
 13. Nazirov R.K., Kalganov S.P., Lisenko I.S. Sravnenie kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik u patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami, vibravshikh aktivnyuyu i passivnyuyu pozitsiyu v psikhoterapii. Chast 2 [Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who have chosen an active and passive position in psychotherapy. Part 2]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; (85): 5–15. (In Russ.)
 14. Nazirov R.K., Khalyavko V.V., Kalganov S.P. Psikhoterapevticheskaya model lecheniya bolnikh s nevroticheskimi rasstroistvami i ikh kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki [Psychotherapeutic model of treatment of patients with neurotic disorders and their clinical and psychological characteristics]. *Psikhicheskoe zdorove* [Mental health]. 2013; (8): 47–51. (In Russ.)
 15. Nikolaev E.L. Krosskul'turnyi dialog v sovremennoi psikhoterapii [Cross-cultural dialogue in modern psychotherapy]. *Obzrenie psikhiatrii i meditsinskoipsikologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology]. 2005; (3): 8–11. (In Russ.)
 16. Rogers C. Vzgl'yad na psikhoterapiyu. Stanovlenie cheloveka [On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy]. Moscow, 1994. 480 p. (In Russ.)
 17. Tumasova E.R. Protsessy integratsii v oblasti psikhoterapevticheskoi praktiki [Processes of integration in the field of psychotherapeutic practice]. *Sistemnaya integratsiya v zdavookhraneni* [System integration in health care]. 2017; (5): 47–53. (In Russ.)
 18. Tupitsyn Yu.Ya., Bocharov V.V., Alkhasova T.V. [et al.]. Ya-strukturnyi test Ammona. Oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsii na strukturnom urovne [Ammon's I-structural test. Questionnaire for assessing central personality functions at the structural level]. St. Petersburg, 1998. 70 p. (In Russ.)
 19. Sharipov U.M., Suyunov S.M., Khudoinazarov A.D. Sravnitel'nyi analiz effektivnosti razlichnikh metodov kognitivno-povedencheskoi psikhoterapii depressivnogo sindroma u bolnikh s nevroticheskimi rasstroistvami [Comparative analysis of the effectiveness of various methods of cognitive-behavioral psychotherapy of depressive syndrome in patients with neurotic disorders]. *Zdorove – osnova chelovecheskogo potentsiala: problemi i puti ikh resheniya* [Health is the basis of human potential: problems and ways to solve them]. 2014; 9(2): 619–621. (In Russ.)
 20. Ammon G. Das Verstandnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Personlichkeit und umgeben der Gruppe als Grundlage fur Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. *Dynamische Psychiatrie*. 1978; (11): 120–140.
 21. Mdege N.D., Man M.S., Taylor Nee Brown C.A., Torgerson D.J. Systematic review of stepped wedge cluster randomized trials shows that design is particularly used to evaluate interventions during routine implementation. *J. Clin. Epidemiol.* 2011; 64(9): 936–948. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.12.003.
 22. Neznanov N.G. A biopsychosocial paradigm in psychiatry: Its problems and prospects of development in Russia. Traditions and Innovations in Psychiatry. WPA Regional Meeting materials. World Psychiatric Association Russian Society of Psychiatry. 2010. Pp. 37–38.
 23. Sobański J.A., Klasa K., Cyranka K. [et al.]. Effectiveness of intensive psychotherapy in a day hospital evaluated with Neurotic Personality Inventory KON-2006. *Psychiatria polska*. 2015; 49(5): 1025–1041.

Received: 15.02.2024

For citing: Kalganov S.P., Nazirov R. K. Sravnenie kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik u patsientov s nevroticheskimi rasstroistvami, vibravshikh aktivnyuyu i passivnyuyu pozitsiyu v psikhoterapii. Chast 3. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (90): 6–17. (In Russ)

Kalganov S.P., Nazirov R.K. Comparison of clinical and psychological characteristics in patients with neurotic disorders who chose active and passive positions in psychotherapy. Part 3 // *Bulletin of Psychotherapy*. 2024. (90): 6–17. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-06-17

Е.В. Щетинина¹, О.Ю. Щелкова², Г.П. Костюк¹, Н.В. Чернов¹

ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

¹ Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева

(Россия, Москва, Загородное шоссе, д. 2);

² Санкт-Петербургский государственный университет

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

Актуальность и цель. Психологическая реабилитация пациентов отделения первого психотического эпизода не теряет своей актуальности в силу молодого возраста, трудоспособности и высокого реабилитационного потенциала данной категории пациентов. Одним из тяжелых и драматичных проявлений болезни является повышенный риск суицидального поведения, связанный не только с психопатологическими переживаниями, но и с психологическим стрессом от факта заболевания, необходимости длительной психофармакотерапии, регулярного наблюдения. Поиск наиболее значимых клинических, социально-демографических и психологических характеристик пациентов с повышенным риском суицидальной активности является целью настоящего исследования.

Материал и методы. Исследовано 139 пациентов: 60 (43,2 %) мужчин и 79 (56,8 %) женщин; средний возраст $25,65 \pm 0,53$ года. Среди этой выборки по результатам анализа медицинской документации были выделены две группы пациентов: с суицидальным риском (74 чел.) и без суицидального риска (65 чел.). Сбор эмпирического материала осуществлялся с помощью авторского структурированного интервью, батареи традиционных патопсихологических проб, опросника депрессивности А. Бека (BDI), тестов-опросников «Мини-мульт» и «Способы совладающего поведения» (ССП). Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel 2010.

Основные результаты. В группе пациентов с суицидальным риском по сравнению с пациентами без суицидального риска на статистически значимом уровне чаще встречаются следующие клинические и социально-демографические характеристики: молодой возраст (от 18 до 23 лет), невысокий образовательный уровень, диагноз F21.8 «Шизотипическое расстройство личности», сохранная критика к своему состоянию, положительная реакция на госпитализацию в психиатрический стационар, опыт психотерапии до госпитализации, низкая социальная активность и трудности социальной адаптации, конфликтные отношения в семье, наличие психотравмирующих событий, предшествовавших госпитализации, своеобразный внешний вид (тату, самопорезы); также у пациентов с повышенным риском суицида более выражены психологические характеристики: неустойчивость активного внимания, комплекс личност-

✉ Щетинина Евгения Владимировна – мед. психолог, Психиатр. клинич. больница № 1 им. Н.А. Алексеева (Россия, 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 2); e-mail: evvladi@list.ru;

Щелкова Ольга Юрьевна – д-р психол. наук, проф., зав. и проф. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9); e-mail: o.shelkova@spbu.ru;

Костюк Георгий Петрович – д-р мед. Наук, проф., гл. внештатный специалист-психиатр, Департамент здравоохранения города Москвы; гл. врач, Психиатр. клинич. больница № 1 им. Н.А. Алексеева (Россия, 117152, Москва, Загородное ш., д. 2); e-mail: pkb1@zdrav.mos.ru;

Чернов Никита Владимирович – зав. отделением психотер. помощи и соц. реабилитации, Психиатр. клинич. больница № 1 им. Н.А. Алексеева (Россия, 117152, Москва, Загородное шоссе, д. 2); e-mail: n.chernov.psy@bk.ru

ных и поведенческих черт, измеряемых шкалами «Ипохондрия», «Депрессия», «Истерия», «Психопатия» и «Психастения» (Мини-мульти), «Конфронтация» и «Дистанцирование» (ССП).

Заключение. По результатам проведенного исследования пациентов, перенесших первый психотический эпизод, с наличием и отсутствием риска суицидального поведения, были получены статистически значимые различия по ряду клинических, социально-демографических и психологических параметров. На основании этих данных планируется разработать основные направления психопрофилактической и социореабилитационной работы с пациентами, перенесшими первый психотический эпизод.

Ключевые слова: шизофрения, первый психотический эпизод, суицид, психологические особенности, прогностические характеристики суицида у больных шизофренией.

Введение

Раннее выявление и лечение первого психотического состояния приводит к минимизации психосоциального стресса у молодых пациентов и негативного влияния болезни на них, способствует более благоприятному течению заболевания и социальному восстановлению пациентов [15, 16]. Еще в 1911 г. Bleuler отметил влечение к суициду как один из наиболее серьезных и опасных симптомов шизофрении [11]. При этом суицидальные мысли и намерения могут возникнуть на любой стадии заболевания шизофренией, однако описаны различия в выборках больных, совершивших суицид на этапе первого перенесенного психотического эпизода, и хронически больных пациентов [7, 19]. Наличие устойчивых суицидальных мыслей является весьма распространенным среди пациентов с психотическими расстройствами, отсюда и приоритетная цель в лечении данного заболевания – предотвращение высокой степени угрозы суицида у пациентов. Самостигматизация и восприятие болезни в глазах социума, отношение к болезни как к «ловушке» и бремени – все это дополняет содержание депрессивных, постпсихотических переживаний [4, 19].

В статье Суботич М.И. (2023) отражены данные о характере суицидальных попыток больных шизофренией [9]. Клинический опыт и специально проведенные исследования показывают, что факторами риска суицида для больных расстройствами, отнесенными к F2 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», являются: низкий образовательный уровень, одиночество или высокий уровень изоляции, соматическая патология, семейный анамнез по линии суи-

цидов, сексуальное насилие, наличие в анамнезе суицидальной попытки и эпизодов аутоагрессивного поведения (самоповреждения), острый или хронический стресс, связанный с социально-бытовыми условиями, а также особенность психопатологической симптоматики конкретного больного, а именно императивный галлюциноз, бредовые идеи с негативной аффективной составляющей, дезинтеграция мышления, состояние психомоторного возбуждения, наличие депрессии, а также зависимость от алкоголя или иных психоактивных веществ [4, 5, 14, 18, 20]. В исследовании Р.М. Логутенко (2013) выделено три типа суицидального поведения пациентов с шизофренией. Первый тип – это психогенные реакции, которые чаще всего, по данным автора, встречаются после повторных госпитализаций при относительно благоприятном течении заболевания. Второй тип обусловлен «своеобразием мировосприятия». Третий тип суицидального поведения продиктован психопатоподобным поведением больных [6]. Е.Б. Любовым и В.Е. Цупруном (2013) факторы риска суицида подразделяются на индивидуальные и групповые [7]. Также при изучении суицидального риска больных шизофренией важно учитывать семь основных осознанных «мотивационно-когнитивных характеристик суицидального комплекса» [1].

Цель: определить основные клинико-психологические факторы суицидального риска пациентов с расстройствами шизофренического спектра, перенесших первый психотический эпизод.

Основные задачи: 1) провести сравнительный анализ клинических, демографических, психосоциальных характеристик в группах пациентов с наличием и отсут-

ствием суицидального риска; 2) в этих же группах провести сравнительное экспериментально-психологическое исследование познавательной деятельности и психометрическое исследование личностных и поведенческих характеристик; 3) среди психометрических показателей выделить наиболее информативные факторы риска суицида у пациентов с расстройствами рубрики F2, перенесших первый психотический эпизод.

Материал

Исследование проведено на базе Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева г. Москвы, Клиники первого психотического эпизода (КППЭ). Всего исследовано 139 пациентов: 60 (43,2%) мужчин и 79 (56,8%) женщин; средний возраст $25,65 \pm 0,53$ года. Для реализации цели и задач исследования пациенты были разделены на две группы по наличию/отсутствию суицидального риска, что определялось на основе изучения медицинской документации и обстоятельств госпитализации. Группу 1 (с суицидальным риском) составили 74 человека, имеющие в анамнезе попытки суицида; группу 2 (без суицидального риска) составили 65 человек без попыток суицида в анамнезе.

Социально-демографические характеристики

Ниже, в табл. 1, представлено сравнение испытуемых обеих групп по возрасту.

Как видно из табл. 1, пациенты самого молодого возрастного диапазона (от 18 до

23 лет) чаще встречались в группе повышенного риска суицида (группа 1). Также выявлены высоко статистически значимые различия среднего возраста пациентов двух групп, который оказался существенно ниже в группе 1.

Клинические характеристики

В табл. 2 представлены результаты сравнения выборок по диагнозам и основным видам проводимого лечения.

Как можно видеть в табл. 2, в группе 1 по сравнению с группой 2 значительно чаще встречается диагноз F21.8 «Шизотипическое расстройство личности», а в группе 2 по сравнению с группой 1 – «Острое и преходящее психотическое расстройство». Пациенты группы 1 чаще, чем пациенты группы 2, ранее имели опыт прохождения психотерапии.

Методы

В исследовании использованы клинико-психологические, патопсихологические (нестандартизованные) и психометрические (стандартизованные) методы исследования. Комплекс патопсихологических экспериментально-клинических методов: «Отыскивание чисел», «Отсчитывание», «Заучивание 10 слов», «Классификация предметов», «Исключение предметов» [8], «Пиктограммы» [13], «Сравнение понятий» [12]. Психометрические методы использованы для изучения эмоционально-личностной и поведенческой сфер: опросник депрессивности Бека (BDI) [10, 17]; клинический

Таблица 1

Средний возраст и возрастные диапазоны

Возраст испытуемых (лет)	Группа 1 (74 чел.)		Группа 2 (65 чел.)		Вся группа (139 чел.)	
	n	%	n	%	n	%
18–23	38	51,4	21	32,3	59	42,4
24–30	24	32,4	23	35,4	47	33,8
31–40	11	14,9	20	30,8	31	22,3
41 ≤	1	1,4	1	1,5	2	1,4
$\chi^2 = 6,979$ p = 0,073						
Средний возраст (лет)	23,86 + 0,65		27,69 + 0,79		25,65 + 0,53	
Значимость различий	F = 14,149 p = 0,001					

Таблица 2

Диагноз и лечение

Клинический диагноз	Группа 1 (74 чел.)		Группа 2 (65 чел.)		Вся группа (139 чел.)	
	n	%	n	%	n	%
F20.0–F20.9 Шизофрения	14	18,9	18	27,7	32	23,0
F21.0–F21.9 Шизотипическое расстройство	43	58,1	5	7,7	48	34,5
F23.0–F23.9 Острое и преходящее психотическое расстройство	4	5,4	28	43,1	32	23,0
F25.0–F25.9 Шизоаффективное расстройство	13	17,6	14	21,5	27	19,4
$\chi^2 = 48,240$ p = 0,001						
Основные виды лечения						
Психофармакотерапия (ПФТ)	74	100	65	100	139	100
Электросудорожная терапия (ЭСТ)	7	9,5	11	16,9	18	12,9
Психотерапия	14	18,9	5	7,7	19	13,7
$\chi^2 = 3,696$ p = 0,055						

опросник «Мини-мульт» (Mini-Mult) [2]; опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) [3]. Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel 2010. Используются χ^2 Пирсона, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Результаты и их анализ

Отношение к болезни и лечению

В табл. 3 представлены результаты сравнения испытуемых группы 1 и группы 2 по степени критики к своему состоянию и характеру отношения испытуемых к госпитализации в психиатрическую больницу.

Исходя из данных табл. 3, видно, что в группе 1 (с риском суицида) значительно чаще, чем в группе 2 (без риска суицида), встречается полная, а также формальная критика к болезни. Пациенты с риском суицида реже склонны негативно реагировать на госпитализацию в психиатрическую больницу и чаще воспринимают данный факт положительно, понимая его пользу и необходимость, в отличие от испытуемых группы 2.

Значимые отношения
и социальная адаптация

В табл. 4 отображено сравнение испытуемых по особенностям психологического

Таблица 3

Критика к болезни и отношение к госпитализации

Критика к болезни	Группа 1 (74 чел.)		Группа 2 (65 чел.)		Вся группа (139 чел.)	
	n	%	n	%	n	%
Сохранна (полная)	13	17,6	2	3,1	15	10,8
Формальная	39	52,7	24	36,9	63	45,3
Отсутствует	22	29,7	39	60,0	61	43,9
$\chi^2 = 15,860$ p = 0,000						
Отношение к госпитализации						
Негативное	12	16,2	22	33,8	34	24,5
Ровное, нейтральное	30	40,5	24	36,9	54	38,8
Положительное	32	43,2	19	29,2	51	36,7
$\chi^2 = 6,366$ p = 0,041						

Таблица 4

Отношения в семье и психотравмирующие ситуации

Отношения внутри семьи	Группа 1 (74 чел.)		Группа 2 (65 чел.)		Вся группа (139 чел.)	
	п	%	п	%	п	%
Теплые, поддерживающие	30	40,5	34	52,3	64	46,0
Дистантные, отстраненные	25	33,8	24	36,9	49	35,3
Холодные, конфликтные	19	25,7	7	10,8	26	18,7
$\chi^2 = 5,248$ p = 0,073						
Психотравмирующие ситуации						
Актуальная	13	17,6	13	20,0	26	18,7
Хроническая	18	24,3	3	4,6	21	15,1
Нет	43	58,1	49	75,4	92	66,2
$\chi^2 = 10,567$ p = 0,005						

климата в их семьях (обозначено нами как «отношение в семье»), а также по наличию/отсутствию психотравмирующей ситуации, предшествующей госпитализации.

Как можно видеть в табл. 4, на уровне, близком к статистической значимости, пациенты группы 1 (с риском суицида) чаще оценивали свои семейные отношения как холодные или конфликтные, а также сообщали о психотравмирующей ситуации, в которой они находятся длительное время (о ситуации хронического эмоционального стресса).

В табл. 5 произведено сопоставление групп испытуемых по критерию социальной адаптации, включающую в себя степень социальной активности, наличие адаптационных трудностей, а также по особенностям

внешнего вида, позволяющим в некоторой степени судить о наличии аутоагрессивного поведения.

Как можно видеть из представленной табл. 5, пациентам без суицидального риска свойственна более высокая социальная активность, меньшее количество трудностей социальной адаптации и отсутствие следов аутоагрессии.

Познавательная деятельность

В табл. 6 представлено сравнение испытуемых по выявленным у них в результате проведенного экспериментально-психологического исследования признакам нарушения внимания, а также по характерным для каждой группы испытуемых особенно-

Таблица 5

Социальная адаптация

Социальная активность	Группа 1 (74 чел.)		Группа 2 (65 чел.)		Вся группа (139 чел.)	
	п	%	п	%	п	%
Высокая	9	12,2	20	30,8	29	20,9
Средняя	36	48,6	27	41,5	63	45,3
Низкая	29	39,2	18	27,7	47	33,8
$\chi^2 = 7,481$ p = 0,024						
Трудности адаптации в социуме	56	75,7	38	58,5	94	67,6
$\chi^2 = 4,684$ p = 0,030						
Своеобразие внешнего вида						
Наличие татуировок	5	6,8	1	1,5	6	4,3
Нанесение самопорезов/ожогов	17	23,0	1	1,5	18	12,9
Нет	50	67,6	63	96,9	113	81,3
$\chi^2 = 19,885$ p = 0,001						

Таблица 6

Произвольное внимание и характер ассоциативной продукции

Произвольное внимание	Группа 1 (74 чел.)		Группа 2 (65 чел.)		Вся группа (139 чел.)	
	n	%	n	%	n	%
Снижено	30	40,5	20	31,7	50	36,5
Неустойчивое	18	24,3	9	14,3	27	19,7
Нет нарушений	26	35,1	34	54,0	60	43,8
$\chi^2 = 5,217$ p = 0,074						
Характер ассоциативной продукции						
Вычурность	18	24,7	12	19,7	30	22,4
Абстрактность	31	42,5	32	52,5	63	47,0
Выхолощенность	13	17,8	14	23,0	27	20,1
Эмоциональная обедненность	37	50,7	43	70,5	80	59,7
$\chi^2=5,419$ p = 0,020						

стям ассоциативной продукции (по результатам методики «Пиктограмма»).

Как можно видеть в табл. 6, снижение и неустойчивость внимания чаще фиксировались у пациентов группы 1. Качественно-количественный анализ ассоциативной продукции, полученной с помощью метода «Пиктограммы», показал, что чрезмерная абстрактность, смысловая выхолощенность и эмоциональная обедненность чаще встречались в группе 2, по сравнению с группой 1.

Эмоционально-личностная и поведенческая сферы

В табл. 7 и 8 отображено сравнение испытуемых групп 1 и 2 по шкалам методик

«Мини-мульти» и «Способы совладающего поведения».

Заключение

Анализа ряда исследованных характеристик обнаруживает следующие особенности, отличающие пациентов, перенесших первый психотический эпизод, с повышенным суицидальным риском: более молодой возраст, более низкий уровень образования, половина из них (51,4%) находится в возрастном диапазоне от 18 до 23 лет; у них чаще встречается диагноз «Шизотипическое расстройство личности», имеется прежний опыт прохождения психотерапии; они обладают полной,

Таблица 7

Статистические характеристики шкал методики «Мини-мульти»

Шкалы методики «Мини-мульти»	Группа 1 (71 чел.)		Группа 2 (65 чел.)		F	p
	M	y	M	y		
Hs – Ипохондрия	52,79	16,04	44,54	11,54	11,661	0,001
D – Депрессия	57,42	13,66	46,42	11,63	25,356	0,000
Hu – Истерия	54,34	12,97	46,31	10,95	15,068	0,000
Pd – Психопатия	52,08	10,63	48,09	12,00	4,231	0,042
Pa – Паранойальность	49,69	13,07	46,28	12,56	2,394	0,124
Pt – Психастения	60,00	13,70	52,75	13,22	9,814	0,002
Sc – Шизоидность	60,00	12,50	57,28	13,12	1,535	0,217
Ma – Гипомания	47,45	11,84	48,14	13,42	0,101	0,751

Примечание: жирным шрифтом выделены статистически значимые различия между выборками испытуемых, выделенные с помощью дисперсионного анализа (ANOVA). Статистически значимые различия обнаружены между показателями пяти шкал методики «Мини-мульти» в двух сравниваемых группах: «Ипохондрия», «Депрессия», «Истерия», «Психопатия» и «Психастения».

Статистические характеристики шкал методики «Способы совладающего поведения»

Шкалы методики ССП	Группа 1 (56 чел.)		Группа 2 (6 чел.)		F	p
	M	y	M	y		
Конфронтация	44,02	14,73	56,17	10,03	3,857	0,054
Дистанцирование	44,55	14,07	54,67	5,43	3,013	0,088
Самоконтроль	46,54	14,60	48,83	9,54	0,141	0,709
Поиск социальной поддержки	51,55	15,12	53,33	10,48	0,078	0,780
Принятие ответственности	46,61	13,51	51,00	5,47	0,616	0,436
Бегство-избегание	57,04	14,98	58,00	10,95	0,023	0,879
Планирование решения проблем	46,98	15,07	49,50	7,29	0,161	0,689
Положительная переоценка	43,68	14,33	51,67	5,82	1,809	0,184

Примечание: жирным шрифтом выделены статистически значимые различия между выборками по двум копинг-стратегиям: конфронтация и дистанцирование, которые более характерны для пациентов группы 2 (без риска суицида).

а также формальной критикой к болезни и положительно реагируют на госпитализацию в стационар; для них характерны холодные или конфликтные семейные отношения, затяжная психотравмирующая ситуация, низкая социальная активность, трудности социальной адаптации, своеобразии внешнего вида, характеризующегося прежде всего наличием следов аутоагрессивного поведения (порезы, ожоги) и татуировок. Патопсихологическое исследование различных аспектов познавательной деятельности выявило преобладание частоты встречаемости снижения и неустойчивости произвольного внимания. Ассоциативная продукция этих респондентов отличается большей эмоциональной и смыс-

ловой наполненностью. В структуре личности пациентов с повышенным риском суицидальной активности преобладают следующие черты: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия и психастения, отражающие аффективные (тревога, депрессия, эмоциональная лабильность) и поведенческие (демонстративность, асоциальность) проявления, выраженные, однако, в пределах нормативного диапазона (показатели этих шкал не выходят за границы тестовой «нормы»). В структуре копинг-поведения таких пациентов выявлено снижение показателей стратегий «конфронтация» и «дистанцирование»; им в большей мере свойственно накапливание отрицательных переживаний и фиксация на них.

Литература

1. Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. 2011. № 3. С. 3–17.
2. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. [и др.]. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности. Коллект. моногр. / науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323–345.
3. Зайцев В.П. Русский вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. 1981. Т. 2. № 3. С. 118–123.
4. Иванова Л.А. Суицидальное поведение при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра // Acta biomedical scientifica. 2020; 5 (1): 60–64. DOI: 10.29413/ABS.2020-5.1.7
5. Касимова Л.Н., Втюрина М. В., Святогор М.В. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 10–13.
6. Логутенко Р.М. Клинические особенности галлюцинаторно-параноидного синдрома и аутоагрессии на фоне религиозных бредовых идей при параноидной шизофрении // Академический журнал Западной Сибири. 2013. Т. 9. № 3 (46). С. 61.
7. Любов Е.Б., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение и шизофрения: биопсихосоциальный подход в диагностике, лечении и профилактике // Суицидология. 2013. Т. 4, № 3(12). С. 3–16.
8. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М.: Издательство Института психотерапии, Апрель-Пресс, 2010. 458 с.

9. Суботич М.И. Клинико-психологические и социодемографические факторы суицидального поведения и риска его хронификации: обзор исследований // Консультативная психология и психотерапия. 2023. Т. 31, № 1. С. 9–30. DOI: 10.17759/cpp.2023310101
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
11. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. [и др.]. Руководство по психиатрии: В 2 т. Т. 1. М.: Медицина, 1999. 712 с.
12. Харисова Р.Р., Чебакова Ю.В. Практикум по патопсихологической диагностике: Учебное пособие. 2-е изд. М.: Языки Народов Мира, 2020. 458 с.
13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. СПб.: Сенсор, 2000. 125 с.
14. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. 2013. Т. 4, № 3 (12). С. 26–36.
15. Шмуклер А.Б. Комплексная помощь пациентам с впервые возникшим психотическим состоянием // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Материалы научно-практической конференции / под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ, Университетская книга, 2018. С. 273–285.
16. Шмуклер А.Б. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных в современных условиях // Региональный опыт модернизации психиатрических служб: Материалы научно-практической конференции / под ред. Г.П. Костюка. М.: ООО «Издательский дом КДУ», 2017. С. 13–18.
17. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. [et al.]. An inventory for measuring depression // Archives of General Psychiatry. 1961. Vol. 4, N. 6. Pp. 561–571.
18. Bersia M., Koumantakis E., Berchiolla P. [et al.]. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic // eClinicalMedicine. 2022. Publ. 31.10.22. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101705
19. Courtet P. Suicidal risk during the first psychotic episode // L'Encéphale. Vol. 44, Iss. 6. Pp. 39–43, Supplement, December, 2018. DOI: 10.1016/S0013-7006(19)30078-8
20. Ventriglo A., Gentile A., Bonfitto I. [et al.]. Suicide in the early stage of schizophrenia // Front. Psychiatry. 2016. 7. P. 116. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00116

Поступила 28.12.2023

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

Для цитирования: Щетинина Е.В., Щелкова О.Ю., Костюк Г.П., Чернов Н.В. Факторы суицидального поведения пациентов, перенесших первый психотический эпизод // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 18–27. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-18-27

Участие авторов: Щетинина Е.В. – обзор литературы, разработка дизайна исследования, сбор и анализ эмпирических данных, написание статьи и подготовка окончательной редакции текста; Щелкова О.Ю. – разработка методологии исследования, анализ эмпирических материалов, редактирование текста статьи; Костюк Г.П. – разработка методологии исследования, редактирование текста статьи; Чернов Н.В. – разработка концепции статьи, анализ эмпирических данных, формулирование выводов.

E.V. Shchetinina¹, O.Yu. Shchelkova², G.P. Kostyuk¹, N.V. Chernov¹

Factors of Suicidal Behavior in Patients Who Have Experienced a First Psychotic Episode

¹ Moscow Psychiatric Hospital N 1 named after N.A. Alekseyev (2, Zagorodnoe Ave., Moscow, Russia);

² Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Evgeniya Vladimirovna Shchetinina – medical psychologist, Moscow Psychiatric Hospital N 1 named after N.A. Alekseyev (2, Zagorodnoe Ave., Moscow, 117152, Russia); e-mail: evvladi@list.ru;

Olga Yurievna Shchelkova – Dr. Psychol. Sci. Prof., Head and prof. of the Department of Medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg 199034, Russia); e-mail: o.shhelkova@spbu.ru;

Georgy Petrovich Kostyuk – Dr. Medical Sci. Prof., Chief specialist-psychiatrist of the Department of health of the city of Moscow, chief physician of Moscow Psychiatric Hospital N 1 named after N.A. Alekseyev (2, Zagorodnoe Ave., Moscow, 117152, Russia); e-mail: pkb1@zdrav.mos.ru;

Nikita Vladimirovich Chernov – head of the Department of psychotherapy and social rehabilitation, Moscow Psychiatric Hospital N 1 named after N.A. Alekseyev (2, Zagorodnoe Ave., Moscow, 117152, Russia); e-mail: n.chernov.psy@bk.ru

Abstract

Relevance and intention. Psychological rehabilitation of patients with a first psychotic episode remains relevant due to their young age, work capacity, and high rehabilitation potential. One of the severe and dramatic manifestations of the disease is the increased risk of suicidal behavior, associated not only with psychopathological experiences, but also with psychological stress from the fact of the disease, the need for long-term psychopharmacotherapy, and regular monitoring. Finding the most significant clinical, socio-demographic and psychological characteristics of patients with an increased risk of suicidal activity is the *intention* of this study.

Methodology. 139 patients were studied: 60 (43.2 %) men and 79 (56.8 %) women; average age 25.65 ± 0.53 years. Based on medical documentation analysis, two groups of patients were identified: those with suicidal risk (74 individuals) and those without suicidal risk (65 individuals). The collection of empirical material was carried out using the author's structured interview, a battery of traditional pathopsychological tests, the A. Beck Depression Inventory (BDI), the Mini-Mult test questionnaire and the Ways of Coping Behavior (WCB). Mathematical and statistical data processing was carried out using SPSS v. 25.0 and Excel.2010.

Results and discussion. In the group of patients with suicidal risk, compared to patients without suicidal risk, the following clinical and socio-demographic characteristics are more common at a statistically significant level: young age (from 18 to 23 years), low educational level, diagnosis of schizotypal disorder, preserved criticism of their condition, a positive reaction to hospitalization in a psychiatric hospital, experience of psychotherapy before hospitalization, low social activity and difficulties in social adaptation, conflictual relationships in the family, the presence of traumatic events that preceded hospitalization, a peculiar appearance (tattoos, self-cuts); Also, among patients with an increased risk of suicide, psychological characteristics are more pronounced: instability of active attention, a complex of personal and behavioral traits measured by the scales “hypochondria”, “depression”, “hysteria”, “psychopathy”, and “psychasthenia” (Mini-Mult), “confrontation” and “distancing” (WCB). *Conclusion.* The study revealed statistically significant differences in several clinical, socio-demographic, and psychological parameters between patients who experienced a first psychotic episode with and without suicidal risk. Based on these findings, plans are underway to develop primary directions for psycho-prophylactic and socio-rehabilitative work with patients who have experienced a first psychotic episode.

Keywords: schizophrenia, first psychotic episode, suicide, psychological characteristics, prognostic characteristics of suicide in patients with schizophrenia.

References

1. Vagin Ju.R. Voprosy fenomenologicheskoy suidologii [Questions of phenomenological suicidology]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2011; (3): 3–17. (In Russ.)
2. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. [et al.]. Psihologicheskaja diagnostika sovladajushhego so stressom povedenija [Psychological diagnosis of stress coping behavior]. Psihologicheskaja diagnostika rasstrojstv jemocional'noj sfery i lichnosti. [Psychological diagnosis of emotional and personality disorders]. Ed. L.I. Vasserman, O.Ju. Shhelkova. St. Peterburg. 2014. 323–345. (In Russ.)
3. Zajcev V.P. Russkij variant psihologicheskogo testa Mini-Mult [Russian version of the Mini-Mult psychological test]. *Psihologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 1981; 2(3): 118–123. (In Russ.)
4. Ivanova L.A. Suicidal'noe povedenie pri shizofrenii i rasstrojstvah shizofrenicheskogo spectra [Suicidal behavior in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders]. *Acta biomedical scientifica* [Acta biomedical scientifica]. 2020; 5(1): 60–64. DOI: 10.29413/ABS.2020-5.1.7. (In Russ.)
5. Kasimova L.N., Vtjurina M. V., Svjatogor M.V. Ocenka faktorov suicidal'nogo riska u bol'nyh shizofreniej [Evaluation of suicidal risk factors in schizophrenic patients]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija* [Social and clinical psychiatry]. 2014; 24 (1): 10–13. (In Russ.)

6. Logutenko R.M. Klinicheskie osobennosti gallyucinatorno-paranoidnogo sindroma i autoagressii na fone religioznyh bredovyh idej pri paranoidnoj shizofrenii [Clinical features of hallucinatory-paranoid syndrome and auto-aggression against the background of religious delusions in paranoid schizophrenia]. *Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri* [Academic Journal of Western Siberia]. 2013; 9 (3 (46)): 61. (In Russ.)
7. Ljubov E.B., Cuprun V.E. Suicidal'noe povedenie i shizofrenija: biopsihosocial'nyj podhod v diagnostike, lechenii i profilaktike [Suicidal behavior and schizophrenia: promising preventative and curative biopsychosocial interventions]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2013; 4 (3 (12)): 3–16. (In Russ.)
8. Rubinshtejn S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt primenenija ih v klinike [Experimental methods of pathopsychology and experience of using them in the clinic]. Moscow. 2010. 458 p. (In Russ.)
9. Subotich M.I. Kliniko-psihologicheskie i sociodemograficheskie faktory suicidal'nogo povedenija i riska ego hronifikacii: obzor issledovanij [Clinical, psychological and sociodemographic factors of suicidal behavior and the risk of its chronicity: a review of studies]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Consultative psychology and psychotherapy]. 2023; 31(1): 9–30. DOI: 10.17759/cpp.2023310101. (In Russ.)
10. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttraumaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg. 2001. 272 p. (In Russ.)
11. Tiganov A.S., Snezhnevskij A.V., Orlovskaja D.D. [et al.]. Rukovodstvo po psihiatrii V 2 tomah. [Guide to psychiatry. In 2 volumes.]. Moscow. 1999; 1: 712. (In Russ.)
12. Kharisova R.R., Chebakova Yu.V. Praktikum po patopsihologicheskoj diagnostike: uchebnoe posobie [Workshop on pathopsychological diagnostics: textbook]. Moscow. 2020. 458 p. (In Russ.)
13. Khersonskii B.G. Metod piktogramm v psikhodiagnostike [Pictogram method in psychodiagnostics]. St. Petersburg. 2000. 125 p. (In Russ.)
14. Chistopol'skaja K.A., Enikolopov S.N., Magurdumova L.G. Mediko-psihologicheskie i social'no-psihologicheskie koncepcii suicidal'nogo povedenija [Medical-psychological and social-psychological concepts of suicidal behavior]. *Suicidologija* [Suicidology]. 2013; 4 (3 (12)): 26–36. (In Russ.)
15. Shmukler A.B. Kompleksnaja pomoshh' pacientam s vpervye vznikshim psihoticheskim sostojaniem [Comprehensive care for patients with a first-time psychotic state]. Psihicheskoe zdorov'e cheloveka i obshhestva. Aktual'nye mezhdisciplinarnye problemy: materialy nauchno-prakticheskoy konferencii [Mental health of man and society. Current interdisciplinary problems: Proceedings of a scientific and practical conference]. Ed. G.P. Kostjuka. Moscow. 2018; 273–285. (In Russ.)
16. Shmukler A.B. Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija psihicheski bol'nyh v sovremennyh uslovijah [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of mentally ill patients in modern conditions]. Regional'nyj opyt modernizacii psichiatricheskikh sluzhb: materialy nauchno-prakticheskoy konferencii [Regional experience in the modernization of psychiatric services: materials of a scientific-practical conference]. Ed. G.P. Kostjuka. Moscow. 2017; 13–18. (In Russ.)
17. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. [et al.]. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961; 4(6).
18. Bersia M., Koumantakis E., Berchiolla P. [et al.]. Suicide spectrum among young people during the COVID-19 pandemic. *eClinicalMedicine*. 2022. Publ. 31.10.22. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101705
19. Courtet P. Suicidal risk during the first psychotic episode. *L'Encéphale*. 2018; 44(6): 39–43. DOI: 10.1016/S0013-7006(19)30078-8.
20. Ventriglo A., Gentile A., Bonfitto I. [et al.]. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front. Psychiatry*. 2016; 7: 116. DOI: 10.3389/fpsyt.2016.00116.

Received 28.12.2023

For citing: SHHetinina E.V., SHHelkova O.YU., Kostyuk G.P., Chernov N.V. Faktory suitsidal'nogo povedeniya patsientov, perenesshikh pervyj psikhoticheskij ehvizod. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (90): 18–27. (In Russ.)

Shchetinina E.V., Shchelkova O.Yu., Kostyuk G.P., Chernov N.V. Factors of suicidal behavior in patients who have experienced a first psychotic episode. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 18–27. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-18-27

В.К. Шамрей¹, В.И. Евдокимов^{1,2}, М.С. Плужник¹

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МИНОБОРОНЫ РОССИИ, ПРОХОДЯЩИХ СЛУЖБУ ПО КОНТРАКТУ (2009–2021 гг.)

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

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

Введение. Профессиональная деятельность военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, относится к экстремальной, нередко сопряженной с запредельными эмоциональными нагрузками, повышающими риск развития психических расстройств.

Цель – оценить динамику развития психических расстройств у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, Минобороны России за 13 лет с 2009 по 2021 г.

Материал и методы. Объект исследования составили показатели первичной заболеваемости военнослужащих Минобороны России, проходящих военную службу по контракту (офицеры, прапорщики, старшины, сержанты и рядовые). Использовали данные из открытых ежегодных статистических сборников «Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и организаций». Показатели психических расстройств военнослужащих оценили на 10 тыс. человек ($\times 10^{-4}$). Нозологии соотнесли с группами в V классе болезней «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной статистической классификации болезней и причин смерти, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). Указаны среднегодовые уровни в виде средних арифметических показателей и их ошибок ($M \pm m$).

Результаты и их анализ. Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту был $(25,93 \pm 1,12) \cdot 10^{-4}$ с долей 0,5 % от всей первичной заболеваемости по 19 классам болезней по МКБ-10. Как правило, отмечалась динамика уменьшения заболеваемости по всем группам нозологий. Уровень первичной заболеваемости военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, психическими расстройствами в 2011–2021 гг. был статистически достоверно меньше ($p < 0,001$), чем у взрослого населения трудоспособного возраста. 1-й ранг значимости психических расстройств составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств с уровнем $(15,74 \pm 0,80) \cdot 10^{-4}$ и долей от структуры 60,8 %, 2-й ранг – психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ – $(4,35 \pm 0,60) \cdot 10^{-4}$ и 16,8 %, 3-й ранг – органических, включая симптоматических, психических расстройств –

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., гл. психиатр Минобороны России, зав. каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0000-0002-1165-6465, e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

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

Плужник Михаил Сергеевич – курсант, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), ORCID: 0009-0002-0535-533X, e-mail: pluzhnikms@yandex.ru

$(1,56 \pm 0,37) \cdot 10^{-4}$ и 6,0 % соответственно. Совокупный удельный вес случаев по указанным причинам первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту составил 83,6 %.

Заключение. Проведение целенаправленных, исходя из преобладающих психических расстройств, и дифференцированных (с учетом категории военнослужащих) психопрофилактических мероприятий позволяет не только сохранить психическое здоровье военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в Вооруженных силах Российской Федерации, но и продлить их профессиональное долголетие.

Ключевые слова: психические расстройства, психиатрия, первичная заболеваемость, военно-эпидемиологическая значимость, военнослужащий, служба по контракту, Вооруженные силы России.

Введение

Не вызывает сомнений, что профессиональная деятельность военнослужащих относится к экстремальной, при которой имеются повышенные риски возникновения психической дезадаптации личности и психогенно обусловленных расстройств.

Медико-статистические показатели психических расстройств у офицеров Минобороны России [13], военнослужащих, проходящих службу по контракту (старшины, сержанты и рядовые) [11] и по призыву [2], военнослужащих-женщин [12] в основном были изучены с 2003 по 2016 г. [10]. Психические расстройства в обобщенной когорте военнослужащих по контракту с 2003 по 2014 г. и пути их профилактики содержатся в монографии [5].

В ряде современных публикаций представлены проблемы боевого стресса у военнослужащих, влияние его на развитие психической адаптации/дезадаптации и посттравматических стрессовых расстройств. В то же время, широкомасштабных обобщающих исследований по развитию психических расстройств у военнослужащих в последние годы не проводилось. Возникла необходимость высчитать их, чтобы сравнить с современными показателями последствий боевого стресса у военнослужащих.

Цель – оценить развитие психических расстройств у военнослужащих по контракту Минобороны России и использовать эти данные для их профилактики, своевременного выявления, лечения и социальной реабилитации.

Материал и методы

Объект исследования составили показатели первичной заболеваемости военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (офицеры, прапорщики, старшины, сержанты и рядовые). Использовали данные из открытых ежегодных статистических сборников «Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и организаций», которые издаются сотрудниками Главного военно-медицинского управления Минобороны России [8].

Показатели психических расстройств соотнесли с группами в V классе болезней «Психические расстройства и расстройства поведения» по Международной статистической классификации болезней и причин смерти, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10). В табл. 1 представлены изученные показатели групп психических расстройств у военнослужащих. Подгруппы во 2-й группе психических расстройств проанализированы с 2012 г., в 5-й группе – с 2017 г.

Показатели психических расстройств у военнослужащих оценили на 10 тыс. человек ($\times 10^{-4}$) и сравнили с данными у взрослого населения трудоспособного возраста России, которые были получены из статистических сборников с 2011 по 2021 г. [3, 4, 6, 7]. При расчете использовали показатели когорты населения в трудоспособном возрасте, которую представляет Росстат [<https://rosstat>].

**Группы психических расстройств по V классу болезней по МКБ-10,
изученные у военнослужащих**

Группа	Название	Таксон
1-я	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	F00–F09
2-я	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, в том числе, вызванные:	F10–F19
	употреблением алкоголя	F10
	наркотических средств или некоторых психоактивных веществ	F11–F16
3-я	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F20–F29
4-я	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	F30–F39
5-я	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, в том числе:	F40–F48
	реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации, из них:	F43
	посттравматическое стрессовое расстройство	F43.1
	расстройство приспособительных реакций	F43.2
	соматоформные расстройства	F45
	другие болезни, входящие в 5-ю группу	
6-я	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	F50–F59
7-я	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	F60–F69
9-я	Расстройства психологического развития	F80–F89
10-я	Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	F90–F99
11-я	Неуточненные психические расстройства	F99

gov.ru/], с вычетом численности подростков, которые также относятся к трудоспособному возрасту. Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами по V классу болезней по МКБ-10 взрослого населения трудоспособного возраста рассчитаны А.С. Шастиним (Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий Роспотребнадзора) и содержатся в монографии [1].

В тексте указаны среднегодовые уровни заболеваемости в виде средних арифметических показателей и их ошибок ($M \pm m$). При округлении процентов до десятых величин сумма всей структуры расстройств может незначительно различаться. Развитие показателей изучили при помощи анализа динамических рядов и полиномиального тренда 2-го порядка с расчетом коэффициента детерминации (R^2) [9]. Чем больше был R^2 (максимальный 1,0), тем более приближался построенный тренд к объективным данным.

Результаты и их анализ

В 2009–2021 гг. уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту был $(25,93 \pm 1,12) \cdot 10^{-4}$. Уровень первичной заболеваемости военнослужащих по контракту по 19 классам болезней по МКБ-10 за аналогичный период составил $(515,4 \pm 22,7)\%$, доля психических расстройств – 0,5%. Как правило, отмечается динамика уменьшения показателей по нозологиям во всех группах V класса по МКБ-10.

На рис. 1 показана динамика показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту. Полиномиальный тренд при очень низком коэффициенте ($R^2 = 0,12$) детерминации показывал тенденцию уменьшения данных. Обобщенные показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту показаны в табл. 2.

Таблица 2

**Обобщающие показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами
военнослужащих по контракту (2009–2021 гг.)**

Группа в классе	Уровень ($M \pm m$), 10^{-4}	Структура, %	Ранг	R^2	Динамика
1-я	$1,56 \pm 0,37$	6,0	3-й	0,77	↕↓
2-я	$4,35 \pm 0,60$	16,8	2-й	0,05	↓
3-я	$0,81 \pm 0,15$	3,1	6-й	0,56	↕↓
4-я	$1,35 \pm 0,22$	5,2	4-й	0,76	↓
5-я	$15,74 \pm 0,80$	60,8	1-й	0,82	↗
6-я	$0,45 \pm 0,12$	1,7	8-й	0,15	↓
7-я	$0,84 \pm 0,18$	3,2	5-й	0,55	↕↓
9-я	$0,06 \pm 0,03$	0,2	10-й	0,09	↗↓
10-я	$0,23 \pm 0,07$	0,9	9-й	0,48	↕↓
11-я	$0,54 \pm 0,10$	2,1	7-й	0,47	↓
Общая	$25,93 \pm 1,12$	100,0		0,12	↓

1-й ранг значимости составили показатели невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств с уровнем $(15,74 \pm 0,80) \cdot 10^{-4}$ и долей от структуры 60,8%, 2-й ранг – психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ – $(4,35 \pm 0,60) \cdot 10^{-4}$ и 16,8%, 3-й ранг – органических, включая симпто-

матических, психических расстройств – $(1,56 \pm 0,37) \cdot 10^{-4}$ и 6,0% соответственно. Совокупный удельный вес случаев указанных причин первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту был 83,6% (см. табл. 2). Полагаем, что профилактика, раннее выявление, лечение этих нозологий и их реабилитация могут



Рис. 1. Уровень первичной заболеваемости военнослужащих по контракту с обобщенным показателем психических расстройств и невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами



Рис. 2. Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и расстройствами настроения военнослужащих по контракту

существенно улучшить психическое здоровье личного состава, проходящего службу по контракту в Вооруженных силах России.

При разных по значимости коэффициентах детерминации полиномиальные тренды психических расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, и расстройств настроения демонстрировали тенденцию уменьшения данных (рис. 2), а невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств напоминали инвертированную U-кривую с увеличением показателей (см. рис. 1). Необходимо совершенствовать подходы к психопрофилактике невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств.

Структура первичной заболеваемости по группам психических расстройств показана на рис. 3А, динамика структуры – на рис. 3Б. Как уже было указано ранее, ведущими группами были психические расстройства, объединенные во 2-й, 4-й и 5-й группе. В динамике структуры выявлено увеличение доли невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств при уменьшении долей всех других психических расстройств (см. рис. 3Б). Например, вклад в структуру болезней 5-й группы в 2009 г. составлял 33,6%, в 2021 г. – 69,2%, увеличение – в 2,1 раза.

Уровень психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, у военнослужащих контрактной службы составил

$(3,34 \pm 0,39) \cdot 10^{-4}$ с долей 76,7% от структуры нозологий во 2-й группе или 12,9% от всей первичной заболеваемости психическими расстройствами. Уровень болезней, связанных с употреблением наркотических средств, при высокой вариабельности показателей оказался $(0,49 \pm 0,18) \cdot 10^{-4}$, 11,3 и 1,9% соответственно. В динамике отмечаются значимое уменьшение у военнослужащих алкоголизма и тенденция снижения наркоманий.

Уровень соматоформных расстройств у военнослужащих по контракту составил $(8,54 \pm 0,62) \cdot 10^{-4}$ с долей в структуре первичной заболеваемости от всех психических расстройств 32,9%, невротических расстройств – $(6,12 \pm 0,5) \cdot 10^{-4}$ и 23,6% соответственно. С 2017 г. в 5-й группе психических расстройств стали индексироваться реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, в том числе, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство приспособительных реакций. При высокой вариабельности их уровни (за 5 лет) составили $(2,82 \pm 0,17) \cdot 10^{-4}$, $(0,61 \pm 0,29) \cdot 10^{-4}$ и $(0,52 \pm 0,05) \cdot 10^{-4}$ соответственно при доле от структуры всех психических расстройств в указанный период 12, 2,2 и 2,2% соответственно.

Среднегодовой уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами у взрослого населения трудоспособного возраста в 2011–2021 гг. оказался

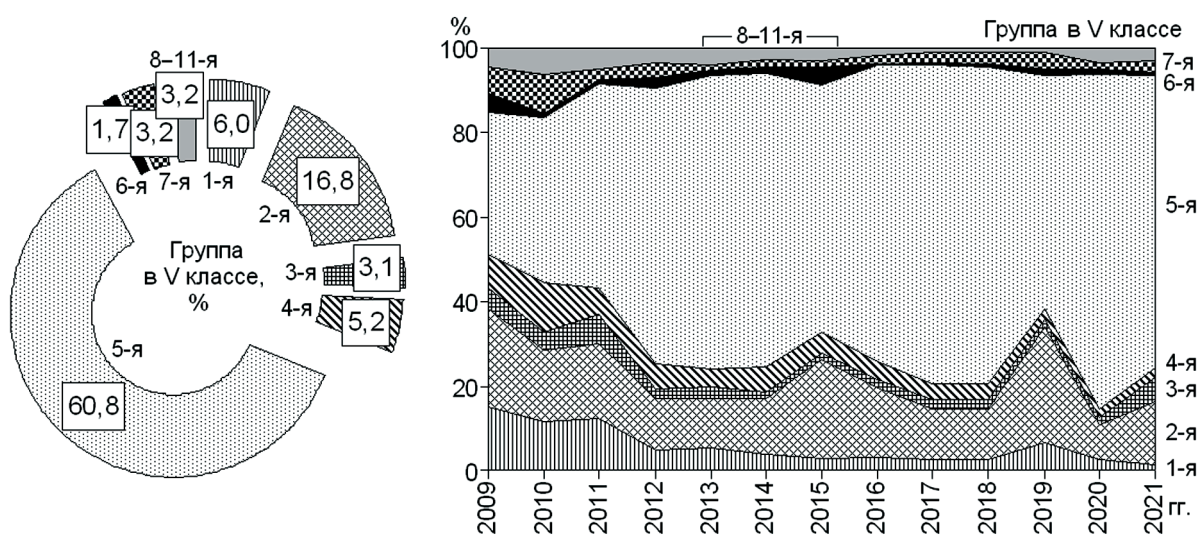


Рис. 3. Структура (А) и динамика структуры (Б) первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих, по контракту

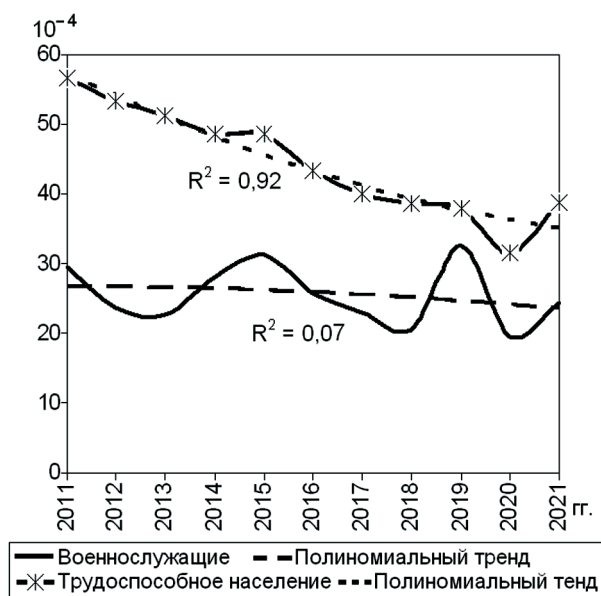


Рис. 4. Уровни первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту, и взрослого населения трудоспособного возраста России

$(44,41 \pm 2,34) \cdot 10^{-4}$ и был статистически значимо больше, чем у военнослужащих за аналогичный период – $(25,53 \pm 1,29) \cdot 10^{-4}$ ($p < 0,001$). Конгруэнтность трендов – умеренная, положительная и статистически незначимая ($r = 0,374$; $p > 0,05$), что может указывать на влияние разных (разнонаправленных) факторов в их развитии (рис. 4). Можно полагать, что помимо общих биопсихосоциальных причин, способствующих развитию психических заболеваний, у анализируемой категории военнослужащих были и другие, прежде всего, военно-профессиональные. Данное обстоятельство требует дополнительного, более углубленного исследования с учетом характера военно-профессиональной деятельности военнослужащих.

Заключение

Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, в 2009–2021 гг. был $(25,93 \pm 1,12) \cdot 10^{-4}$ с долей 0,5 % от всей первичной заболеваемости по 19 классам болезней по МКБ-10. Отмечается динамика уменьшения заболеваемости по всем группам в V классе «Психи-

ческие расстройства и расстройства поведения» по МКБ-10 за исключением невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств.

Уровень первичной заболеваемости военнослужащих по контракту в 2011–2021 гг. был статистически достоверно меньше ($p < 0,001$), чем у взрослого населения трудоспособного возраста. Конгруэнтность трендов – умеренная положительная и статистически незначимая ($r = 0,374$; $p > 0,05$), что может указывать на влияние разных (разнонаправленных) факторов в их развитии. Помимо общих биопсихосоциальных факторов, способствующих развитию психических заболеваний, у военнослужащих проходящих военную службу по контракту, существенное значение приобретали и другие, прежде всего военно-профессиональные факторы, характер влияния которых требует дополнительного, более углубленного исследования, исходя из специфики военно-профессиональной деятельности различных категорий военнослужащих.

1-й ранг значимости составили показатели невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств с уровнем $(15,74 \pm 0,80) \cdot 10^{-4}$ и долей от структуры 60,8 %, 2-й ранг – психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ – $(4,35 \pm 0,60) \cdot 10^{-4}$ и 16,8 %, 3-й ранг – органических, включая симптоматических, психических расстройств – $(1,56 \pm 0,37) \cdot 10^{-4}$ и 6,0 % соответственно. Совокупный удельный вес случаев по указанным причинам первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту был 83,6 %.

Таким образом, проведение целенаправленных, исходя из преобладающих психических расстройств, и дифференцированных (с учетом категории военнослужащих) психопрофилактических мероприятий позволяет не только сохранить психическое здоровье военнослужащих, проходящих военную службу по контракту в Вооруженных силах Российской Федерации, но и продлить их профессиональное долголетие.

Литература

1. Евдокимов В.И., Иванов Н.М., Ичитовкина Е.Г., Лихолетов А.Г. Оценка состояния здоровья и заболеваемости сотрудников МВД России (2008–2023 гг.) : монография / Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России, Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. СПб.: ИПЦ «Измайловский», 2024. 105 с. (Серия «Заболеваемость военнослужащих». Вып. 22)
2. Евдокимов В.И., Чернов Д.А., Сивашенко П.П., Шамрей В.К. Показатели психической заболеваемости военнослужащих по призыву Вооруженных сил Российской Федерации и Республики Беларусь (2003–2018 гг.) : монография. СПб. : Политехника-принт, 2020. 89 с. (Серия «Заболеваемость военнослужащих». Вып. 13).
3. Заболеваемость взрослого населения России в ... году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы. Ч. III. М. : Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения, 2011–2023.
4. Заболеваемость взрослого населения старше трудоспособного возраста по России в ... году с диагнозом, установленным впервые в жизни : статистические материалы. Ч. VII / Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения. М., 2011–2023.
5. Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А. [и др.]. Военная психиатрия в XXI веке: современные проблемы и перспективы развития / под ред. Е.В. Крюкова, В.К. Шамрея. СПб.: СпецЛит, 2022. 367 с.
6. Общая заболеваемость взрослого населения России в ... году : статистические материалы. Ч. VI / Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения. М., 2011–2023.
7. Общая заболеваемость взрослого населения старше трудоспособного возраста по России в ... году : статистические материалы. Ч. VIII / Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения. М., 2011–2023.
8. Показатели состояния здоровья военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и организаций в ... / Гл. воен.-мед. упр. Минобороны РФ. М., 2009–2022.
9. Холматова К.К., Гржибовский А.М. Панельные исследования и исследования тренда в медицине и общественном здравоохранении // Экология человека. 2016. № 10. С. 57–63. DOI: 10.33396/1728-0869-2016-9-57-64.
10. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г. [и др.]. Показатели психических расстройств у военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2016 гг.) : монография. СПб. : Политехника-сервис, 2017: 129 с.
11. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Лобачев А.В. [и др.]. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003–2016 гг. // Вестник психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 36–60.
12. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко Р.Р. [и др.]. Показатели психического здоровья военнослужащих-женщин (2003–2016 гг.) // Вестник психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 74–98.
13. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко Р.Р., Лобачев А.В. Основные показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2015 гг.) // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 1. С. 66–76.

Поступила 18.05.2024

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

Участие авторов: В.К. Шамрей – планирование и методология исследования, редактирование окончательного варианта статьи. В.И. Евдокимов – обобщение полученных результатов, подготовка иллюстративного материала, написание первого варианта статьи; М.С. Плужник – сбор первичных данных, перевод реферата, транслитерация списка литературы.

Для цитирования. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Плужник М.С. Показатели психических расстройств у военнослужащих Минобороны России, проходящих службу по контракту (2009–2021 гг.) // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-28-36

V.K. Shamrey¹, V.I. Evdokimov^{1,2}, M.S. Pluzhnik¹

Indicators of mental disorders among military personnel of the Russian Ministry of Defense serving under contract (2009–2021)

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

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Chief Psychiatrist of the Russian Ministry of Defense, Head of The Department Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-1165-6465, e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

✉ 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, Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0000-0002-0771-2102, e-mail: 9334616@mail.ru;

Mihail Sergeevich Pluzhnik – cadet, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia), ORCID: 0009-0002-0535-533X, e-mail: pluzhnikms@yandex.ru

Abstract

Introduction. The professional activity of military personnel serving under contract is considered extreme, often associated with excessive emotional stress, which increases the risk of developing mental disorders.

The intention is to assess the dynamics of mental disorder development among military personnel serving under contract with the Russian Ministry of Defense over a 13-year period from 2009 to 2021.

Methodology. The research subject consisted of the primary morbidity rates among military personnel of the Russian Ministry of Defense serving under contract (officers, warrant officers, sergeants major, sergeants, and privates). Data from open annual statistical compilations “Indicators of the Health Status of Military Personnel of the Armed Forces of the Russian Federation, as well as the Activities of Military Medical Units, Parts, and Organizations” were used. The indicators of mental disorders among military personnel were assessed per 10,000 people ($\times 10^{-4}$). Nosologies were correlated with V Chapter Mental and behavioural disorders International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). The average annual levels are indicated in the form of mean arithmetic indicators and their errors ($M \pm m$).

Results and analysis. The level of primary morbidity due to mental disorders among contract military personnel was $(25.93 \pm 1.12) \cdot 10^{-4}$ with a share of 0.5 % of the total primary morbidity across 19 classes of diseases according to ICD-10. Generally, a trend of decreasing morbidity across all nosological groups was noted. The level of primary morbidity due to mental disorders among contract military personnel in 2011–2021 was statistically significantly lower ($p < 0.001$) than that of the adult working-age population. The first rank of significance for mental disorders was composed of indicators of neurotic, stress-related, and somatoform disorders with a level of $(15.74 \pm 0.80) \cdot 10^{-4}$ and a share of 60.8% of the structure, the second rank – mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use – $(4.35 \pm 0.60) \cdot 10^{-4}$ and 16.8%, the third rank – organic, including symptomatic, mental disorders – $(1.56 \pm 0.37) \cdot 10^{-4}$ and 6.0 % respectively. The cumulative specific weight of cases for the aforementioned reasons of primary morbidity due to mental disorders among contract military personnel amounted to 83.6 %.

Conclusion. The implementation of targeted, based on the prevailing mental disorders, and differentiated (taking into account the category of military personnel) psychoprophylactic measures not only allows for the preservation of the mental health of military personnel serving under contract in the Armed Forces of the Russian Federation but also extends their professional longevity.

Keywords: mental disorders, psychiatry, primary incidence, military epidemiological significance, military personnel, contract service, Armed Forces of Russia.

References

1. Evdokimov V.I., Ivanov N.M., Ichitovkina E.G., Liholetov A.G. Ocenka sostojanija zdorov'ja i zaboлеваemosti sotrudnikov MVD Rossii (2008–2023 gg.) [Assessment of the health status and morbidity of the employees of the Ministry of Internal Affairs of Russia (2008–2023): monograph]. St. Petersburg. 2024. 105 p. (Serija "Zaboлеваemost' voennosluzhashhih". Vypusk 22 [Series "Morbidity in Military Personnel". Iss. 22]).
2. Evdokimov V.I., Chernov D.A., Sivashhenko P.P., Shamrey V.K. Pokazateli psihicheskoi zaboлеваemosti voennosluzhashhih po prizyvu Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii i Respubliki Belarus' (2003–2018 gg.) [Indicators of the mental incidence of conscript soldiers of the Armed Forces of the Russian Federation and the Republic of Belarus (2003–2018): monograph]. St. Petersburg. 2020. 89 p. (Serija "Zaboлеваemost' voennosluzhashhih". Vypusk 13 [Series "Morbidity in Military Personnel". Iss. 13]).
3. Zaboлеваemost' vzroslogo naselenija Rossii v ... godu s diaгнозом, ustanovlennym v pervye v zhizni : statisticheskie materialy [Morbidity of the adult population of Russia in ... year with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials. Part III.]. Moscow. 2011–2023.
4. Zaboлеваemost' vzroslogo naselenija starshe trudosposobnogo vozrasta po Rossii v ... godu s diaгнозом, ustanovlennym v pervye v zhizni : statisticheskie materialy [Morbidity of the adult population older than working age across Russia in ... year with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials. Part VII.]. Moscow. 2011–2023.
5. Krjukov E.V., Shamrey V.K., Marchenko A.A. [et al.]. Voennaja psihiatrija v XXI veke: sovremennye problemy i perspektivy razvitiya [Military Psychiatry in the 21st Century: Contemporary Issues and Development Prospects: monograph]. Eds.: E.V. Krjukov, V.K. Shamrey. St. Petersburg. 2022. 367 p.
6. Obshhaja zaboлеваemost' vzroslogo naselenija Rossii v ... godu : statisticheskie materialy [General morbidity of the adult population of Russia: statistical materials. Part VI]. Moscow. 2011–2023.
7. Obshhaja zaboлеваemost' vzroslogo naselenija starshe trudosposobnogo vozrasta po Rossii v ... godu : statisticheskie materialy [General morbidity of the adult population older than working age in Russia: statistical materials. Part VIII]. Moscow. 2011–2023.
8. Pokazateli sostojanija zdorov'ja voennosluzhashhih Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii, a takzhe dejatel'nosti voenno-meditsinskih podrazdelenij, chastej i organizacij v ... [Indicators of the health status of military personnel of the Armed Forces of the Russian Federation, as well as the activities of military medical units, parts, and organizations in ...]. Moscow. 2009–2022.
9. Holmatova K.K., Grjibovski A.M. Panel'nye issledovanija i issledovanija trenda v medicine i obshhestvennom zdravooхранenii [Panel- and trend studies in medicine and public health]. *Jekologija cheloveka* [Human Ecology]. 2016; (10):57–63. DOI: 10.33396/1728-0869-2016-9-57-64.
10. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Grigor'ev S.G. [et al.]. Pokazateli psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashhih Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii (2003–2016 gg.) [Indicators of mental disorders of the servicemen in the Armed Forces of the Russian Federation (2003–2016)]: monograph]. St. Petersburg. 2017. 129 p.
11. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V. [et al.]. Mediko-statisticheskie pokazateli psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashhih po kontraktu (rjadovye, serzhanty, starshiny) v 2003–2016 gg. [Medical and statistical indicators of mental disorders for contract servicemen (privates, sergeants, petty officers) in 2003–2016]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017; (62):36–60.
12. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Sivashhenko R.R. [et al.]. Pokazateli psihicheskogo zdorov'ja voennosluzhashhih-zhenshhin (2003–2016 gg.) [Indicators of mental health of female servicemen (2003–2016)]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2017; (61):74–98.
13. Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Sivashhenko R.R., Lobachev A.V. Osnovnye pokazateli psihicheskikh rasstrojstv oficerov Vooruzhennyh sil Rossijskoj Federacii (2003–2015 gg.) [Key indicators for mental disorders in officers of the armed forces of Russia (2003–2015)]. *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations]. 2017; (1):66–76.

Received 18.05.2024

For citing: Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Pokazateli psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashhih Minoborony Rossii, prohodjashhih sluzhbu po kontraktu (2009–2021 gg.). *Vestnik psihoterapii*. 2024; (90):28–36. (In Russ.)

Shamrey V.K., Evdokimov V.I., Pluzhnik M.S. Indicators of mental disorders among military personnel of the Russian Ministry of Defense serving under contract (2009–2021). *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90):28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-28-36

А.А. Великанов

ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

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

Актуальность. В современном мире сердечно-сосудистые заболевания лидируют по уровню распространенности и вызываемой ими смертности. Одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Современное лечение ИБС включает как фармакотерапевтические, так и кардиохирургические методы. Известно, что психологические факторы соучаствуют в этиопатогенезе болезни, могут влиять на течение и прогноз. Для планирования и совершенствования мероприятий психологической реабилитации целесообразно выявление особенностей психологических характеристик, их динамики в послеоперационном периоде. Традиционно исследования психологических особенностей пациентов проводятся в период стационарного лечения и направлены на выявление выраженности и динамики конкретных показателей (например, тревоги, депрессии, копинг-поведения, личностных особенностей и т.д.). Тем не менее в плане целостного понимания особенностей проявлений комплекса изучаемых характеристик, их взаимосвязей и изменений на разных этапах лечения и реабилитации представляет интерес подход, предполагающий изучение факторной динамики психологических показателей.

Цель работы – выявление динамики психологических факторов на основе комплекса психологических характеристик (включая психоэмоциональную и когнитивную сферу, совладающее поведение, качество жизни) у пациентов с ИБС после коронарного шунтирования.

Материал и методы. Обследовано 254 пациента с ИБС, которым выполнялось коронарное шунтирование (КШ). Этапы исследования: 1) до операции; 2) после операции на этапе стационарного лечения; 3) через 3 месяца после операции. Использовался клинико-психологический метод и следующие психодиагностические методики: Trail-Making Test (ТМТ-тест), проба «Запоминание 10 слов» (А.Р. Лурия), интегративный тест тревожности (ИТТ), шкала астенического состояния Л.Д. Малковой, Т.Г. Чертовой, опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, опросники «Способы совладающего поведения» (ССП) Лазаруса (Р. Лазарус, С. Фолкман), «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), личностный опросник «Большая пятерка» (Big five).

Результаты и их анализ. Был выполнен факторный анализ полученных данных. Изучена факторная динамика. Фактор «Психопатологические проявления и снижение памяти, внимания» характеризуется тенденцией повышения на 2-м этапе и снижением на последнем этапе исследования. Фактор «Тревожно-фобические проявления»: в динамике выявлены тенденция понижения на 2-м и значимое усиление на 3-м этапе. Фактор «Направленность на совладание с трудностями»: выраженность фактора отчетливо и последовательно снижается от 1-го этапа исследования к 3-му. Фактор «Сниженное качество жизни и неудовлетворительное соматическое состояние»: отмечается значимое усиление выраженности данного

фактора ко 2-му этапу исследования и его «падение» к 3-му этапу. Фактор «Невротические проявления тревожно-мнительного типа» наиболее выражен на 1-м этапе, ко 2-му этапу его выраженность уменьшается, но вновь повышается к 3-му. Фактор «Астенические проявления на фоне агрессивных тенденций» не характеризуется выраженной динамикой (отмечено лишь незначительное повышение выраженности данного фактора на 2-м этапе и «плавное» снижение на 3-м).

Заключение. В ходе обработки данных было получено 6 психологических факторов на основе изучаемых психологических характеристик. В результате изучения факторной динамики получены данные, представляющие значимость с практической точки зрения. В частности, для планирования психологических реабилитационных мероприятий особенно значимой является информация о повышении выраженности фактора «Тревожно-фобические проявления» на 3-м этапе исследования (до уровня, превышающего показатели дооперационного этапа); последовательное снижение (от 1-го ко 2-му и от 2-го к 3-му этапу) фактора «Направленность на совладание с трудностями». Полученные результаты целесообразно учитывать в процессе реабилитации пациентов с ИБС после КШ.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, психологические факторы, психокоррекция, реабилитация.

Введение

На современном этапе развития медицинской науки и практики оказания комплексной помощи пациентам, включающей широкий спектр используемых методов, как медико-биологических, так и психосоциальных, далеко не все проблемные вопросы остаются решенными. В частности, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают лидировать по уровню распространенности и смертности. Это общеизвестный факт. Но следует особенно выделить ишемическую болезнь сердца (ИБС), которая, по данным современных источников, признана одним из самых распространенных кардиологических заболеваний, представляющих витальную угрозу [2]. Современное лечение ИБС включает различные методы, в т.ч. хирургическую реваскуляризацию миокарда, а при наличии множественных гемодинамически значимых атеросклеротических поражений коронарных артерий «золотым стандартом» реваскуляризации считается коронарное шунтирование (КШ) [13].

В улучшении состояния пациентов и ускорении процесса их социализации значима роль кардиореабилитации [9]. Безусловно, для достижения эффективности восстановительного процесса необходим учет психологических факторов.

Актуальность исследования психологических характеристик и их динамики у паци-

ентов с ИБС обусловлена признанной соучаствующей ролью психологических факторов в этиопатогенезе болезни, их влиянием на течение и прогноз заболевания, значимостью для эффективности реабилитации.

Так, например, отмечается негативная роль нарушений когнитивной и эмоциональной сферы в течении и прогнозе ИБС [5]; подчеркивается значение таких психологических показателей, как качество жизни, совладающее поведение и личностные характеристики, для лечебно-реабилитационного процесса [10].

Когнитивные расстройства, отмечающиеся при ИБС, могут иметь различную степень выраженности (от легких проявлений до выраженной деменции); включают снижение памяти и концентрации внимания, проявления утомляемости при умственной деятельности, ухудшение способности приобретения новых навыков [14].

При исследовании эмоциональной сферы пациентов с ИБС чаще всего отмечаются проявления тревоги и депрессии, рассматриваемые как факторы риска развития атеросклероза и ИБС, обуславливающие значимость изменений психического статуса больных [5].

При изучении психологических аспектов ИБС одним из важнейших понятий является качество жизни, связанное со здоровьем (КЖЗ). Признанным является многомер-

ность и многофакторность этого понятия, охватывающего симптомы болезни или состояние здоровья, эффекты лечения и функциональное состояние пациента в областях жизни, связанных с физическим, социальным и психическим здоровьем; неотъемлемая часть КЖЗ – отражение болезни в сознании пациента, степень психологического благополучия и удовлетворенности жизнью в условиях болезни [4].

В рамках задач психологической диагностики, связанных с исследованием адаптации к хроническому соматическому заболеванию, рассматривается значимость изучения совладающего поведения (копинга – преимущественно сознательно и активно принимаемых стратегий действий, ориентированных на преодоление негативных переживаний и решение проблем), а также личностных особенностей, оказывающих влияние на механизмы психологической адаптации [8].

Анализируя научную литературу, можно отметить, что в рамках изучения психологических характеристик и их динамики у пациентов с ИБС исследователи зачастую рассматривают конкретные показатели по шкалам психодиагностических методик, например: ситуативная и личностная тревожность, варианты совладающего поведения, показатели качества жизни и т.д. [11, 10, 15].

Тем не менее, в плане целостного понимания особенностей проявлений комплекса изучаемых характеристик, их взаимосвязей и изменений на разных этапах лечения представляет интерес подход, предполагающий изучение факторной динамики психологических показателей. Исследований, посвященных этому, немного. Можно отметить работу Ереминой Д.А. и соавт. [3], в которой проведена факторная оценка динамики когнитивного функционирования пациентов с ИБС. Безусловно, научный интерес также представляет и изучение факторной динамики комплекса различных психологических характеристик.

Цель исследования – выявление динамики психологических факторов на основе комплекса психологических характеристик

(включая психоэмоциональную и когнитивную сферу, совладающее поведение, качество жизни) у пациентов с ИБС после КШ.

Материал и методы

Исследование проводилось в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. В исследование включено 254 пациента с ИБС; из них 176 мужчин (69,29 %) и 78 женщин (30,71 %). Средний возраст: $61,56 \pm 7,23$ года. Длительность заболевания: в среднем $5,83 \pm 4,12$ года. Работающие – 149 человек (58,66 %); неработающие – 105 человек (41,34 %). Высшее образование имеется у 122 обследуемых (48,03 %). Состоят в браке 172 пациента (67,72 %). Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе отмечен у 164 обследуемых (64,57 %). Гипертоническая болезнь (ГБ 3, риск 4) отмечена у большинства пациентов (252 пациента, 99,21 %). Сахарный диабет 2-го типа (СД2) – у 58 человек (22,83 %). 103 пациента (40,55 %) являются активными курильщиками. Наследственная отягощенность сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечена у 156 человек (61,42 %). Черепно-мозговая травма в анамнезе отмечена у 29 пациентов (11,42 %). Всем пациентам было выполнено плановое КШ.

Исследование проводилось в 3 этапа: 1-й этап – в стационаре, перед КШ; 2-й этап – в стационаре, после КШ; 3-й этап – через 3 мес. после выписки из стационара (в процессе амбулаторного приема у кардиолога).

В исследовании использовались клинико-психологический (наблюдение, беседа) и экспериментально-психологический методы с применением следующих психодиагностических методик:

1) интегративный тест тревожности (ИТТ) – для дифференцированной оценки и содержательной квалификации по пяти факторам (субшкалам) тревоги;

2) шкала астенического состояния Л.Д. Малковой, Т.Г. Чертовой – опросник для выявления степени выраженности астенического состояния в соответствии с общей количественной оценкой;

3) методика SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) – опросник выраженности психопатологической симптоматики;

4) опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) Лазаруса (Р. Лазарус, С. Фолкман), направленный на выявление копинг-механизмов, способов преодоления различных трудностей;

5) краткий общий опросник оценки статуса здоровья SF-36 – для определения уровня удовлетворенности пациента своим физическим, психическим и социальным функционированием в условиях имеющейся болезни;

6) личностный опросник «Большая пятерка», включающий список различных психологических качеств; задача обследуемого – оценивать то, насколько ему самому присуще каждое качество;

7) Trail-Making Test (ТМТ-тест) – для исследования зрительного внимания;

8) проба «Запоминание 10 слов» (А.Р. Лурья) – для исследования слухоречевой памяти.

Методы математико-статистического анализа: факторный анализ, метод максимального правдоподобия; дисперсионный анализ с повторными измерениями и с ковариатами (основные линейные модели, GLM).

Результаты и их анализ

Обработка результатов осуществлялась в два этапа. На первом этапе был выполнен факторный анализ данных. На втором этапе была проанализирована динамика психологических факторов на всех трех этапах исследования.

Первый этап обработки данных. Результаты факторного анализа (метод максимального правдоподобия). В анализ были включены данные, полученные по всем используемым в исследовании методикам. Получено шесть факторов с общей дисперсией 54,69%.

1-й фактор (11,17%): ряд шкал психопатологической симптоматики и показателей когнитивной сферы («Психопатологические проявления и снижение памяти, внимания»). Фактор включает результаты по следующим

шкалам SCL-90-R: паранойяльные симптомы (0,891), психотизм (0,905), шкала дополнительных вопросов (0,492); показатель астении шкалы астенического состояния (0,433); большее общее количество предъявлений ряда слов в пробе на запоминание 10 слов (0,482) и большее время выполнения серий А (0,828) и В (0,748) по методике ТМТ.

2-й фактор (17,02%): различные компоненты тревожности («Тревожно-фобические проявления»). Включает показатели (по шкалам ИТТ): эмоциональный дискомфорт (0,674), астенический компонент (0,543), фобический компонент (0,744), тревожная оценка перспективы (0,712), социальная защита (0,682) в структуре ситуативной тревоги; а также эмоциональный дискомфорт (0,717), астенический компонент (0,678), фобический компонент (0,826), тревожная оценка перспективы (0,828), социальная защита (0,766) в структуре личностной тревожности. Также в данный фактор вошли показатели тревожности (0,521) и фобической тревожности (0,425) опросника SCL-90-R.

3-й фактор (6,33%): в данный фактор включены различные проявления совладающего поведения, выявляемые по ряду шкал опросника ССП («Направленность на совладание с трудностями»): самоконтроль (0,656), поиск социальной поддержки (0,561), принятие ответственности (0,456), планирование решения проблемы (0,791), положительная переоценка (0,706).

4-й фактор (8,63%): комплекс показателей методики SF-36 (отрицательное значение, «-») и результаты по шкале соматизации SCL-90-R («Сниженное качество жизни и неудовлетворительное соматическое состояние»). В составе фактора: физическое функционирование, отражающее имеющиеся ограничения в физических нагрузках ввиду состояния здоровья (-0,721); влияние физического состояния на ролевое функционирование (-0,736); наличие и интенсивность боли у пациента, а также ее влияние на повседневную жизнь и деятельность (-0,603); общий показатель состояния здоровья (-0,486), жизнеспособность (-0,514), социальное функционирование (-0,414), уровень

влияния эмоционального состояния на ролевое функционирование ($-0,473$), соматизация по SCL-90-R ($0,406$).

5-й фактор (7,12 %): показатели, отражающие склонность к беспокойству, ощущениям физического дискомфорта, проявлениям навязчивых состояний, чувствительности и ранимости в межличностных контактах, тревожность («Невротические проявления тревожно-мнительного типа»). В структуре фактора: соматизация ($0,558$), обсессивность – компульсивность ($0,632$), межличностная сенситивность ($0,491$), депрессия ($0,659$), тревожность ($0,605$) и фобическая тревожность ($0,439$).

6-й фактор (4,39 %): сочетание проявлений враждебности, конфронтации, астении («Астенические проявления на фоне агрессивных тенденций»). В составе фактора: враждебность ($0,562$) по методике SCL-90-R, конфронтация ($0,556$) по методике ССП, астения по шкале астенического состояния ($0,431$).

Второй этап обработки результатов.

На следующем этапе была исследована динамика выявленных психологических факторов после КШ. Применен дисперсионный анализ с повторными измерениями и с ковариатами (основные линейные модели, GLM).

Результаты динамики факторов представлены на рисунке 1.

Фактор 1 («Психопатологические проявления и снижение памяти, внимания»): отмечено несущественное повышение (тенденция) на 2-м этапе и снижение на последнем этапе исследования (через 3 мес. после КШ). Как представлено на рис. 1, на 3-м этапе уровень проявлений данного фактора меньший, чем на 1-м, и существенно меньший, чем на 2-м этапе. В соответствии с полученным результатом ряд проявлений психопатологической симптоматики и нарушений когнитивной сферы могут, вероятно, несколько усиливаться после кардиохирургического вмешательства, однако в более отдаленном периоде после КШ снижаются, становясь менее выраженными, чем до операции.

Фактор 2 («Тревожно-фобические проявления»): выявлены тенденция понижения на 2-м и значимое усиление на 3-м этапе. «Точка выраженности» рассматриваемого фактора, как показано на рис. 1, оказалась на последнем этапе исследования более высоко расположенной, чем на двух предшествующих этапах. Таким образом, тревожно-фобические проявления могут несколько снижаться в период стационарного лечения после КШ, но достоверно повышаются на более отдаленном этапе после выписки из стационара, даже превышая дооперационный уровень.

Фактор 3 («Направленность на совладание с трудностями»). В динамике рассматри-

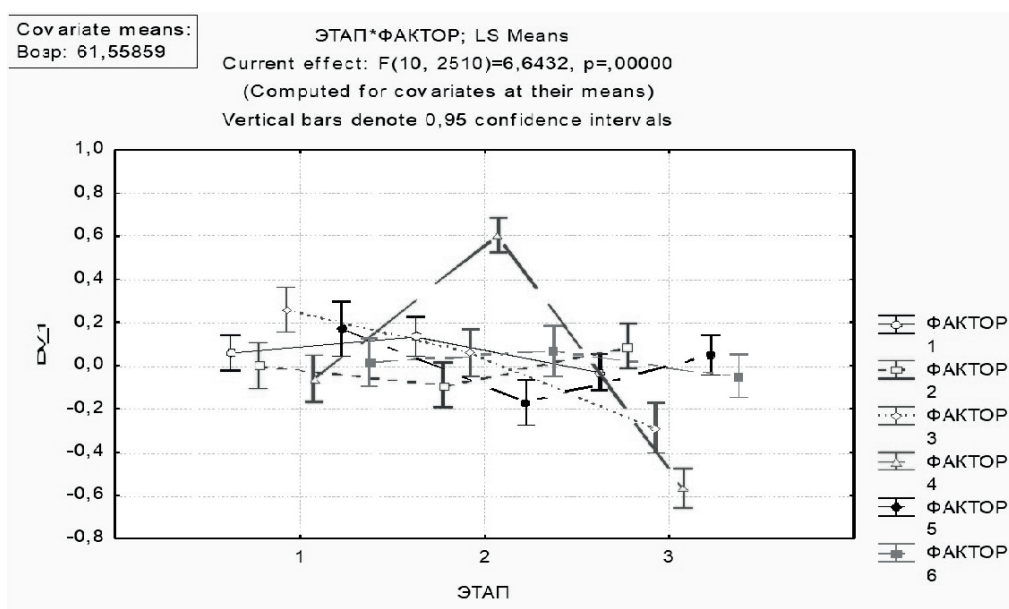


Рис. 1. Динамика психологических факторов в соответствии с этапами исследования

ваемого фактора прослеживается отчетливое достоверное снижение его выраженности от 1-го этапа к 3-му. Как показано на рис. 1, наиболее «высокая отметка» данного фактора относится к 1-му этапу, менее высокая – ко 2-му, и самая низкая – к 3-му. Соответственно, через 3 мес. после КШ проявления совладающего поведения, включенные в описываемый фактор, характеризуются наименьшей выраженностью.

Фактор 4 («Сниженное качество жизни и неудовлетворительное соматическое состояние»). Ко 2-му этапу исследования отмечается значительное усиление выраженности данного фактора, о чем свидетельствует «отчетливый пик» на рис. 1. Но к 3-му этапу проявления данного фактора значимо снижаются, достигая минимума: выраженность фактора через 3 мес. после КШ является достоверно меньшей, в сравнении не только со 2-м, но и с 1-м этапом.

Фактор 5 («Невротические проявления тревожно-мнительного типа»). Рассматриваемый фактор наиболее выражен на 1-м этапе исследования. Ко 2-му этапу, как показано на рис. 1, выявлено его значимое снижение: после КШ выраженность данного фактора является минимальной. Но к 3-му этапу отмечается «подъем»: через 3 мес. после КШ уровень проявлений данного фактора оказался достоверно более высоким, в сравнении со вторым этапом, но не достиг уровня, отмечавшегося до операции.

Фактор 6 («Астенические проявления на фоне агрессивных тенденций») характеризуется менее «выраженной динамикой», чем другие факторы. Анализируя графическую форму динамики данного фактора на рис. 1, можно проследить тенденции его повышения ко 2-му этапу и снижения к 3-му.

Обсуждение

По результатам проведенного исследования выявлена динамика шести выделенных факторов.

Особенности динамики ряда факторов на разных этапах исследования оказались ожидаемыми. В частности, отмечена тенденция

повышения фактора 1 («Психопатологические проявления и снижение памяти, внимания») на 2-м этапе и значимое снижение на 3-м. Можно предположить, что это связано с особенностями состояния пациента после КШ: в связи со спецификой оперативного вмешательства, влиянием анестезии могут отмечаться изменения в психической сфере, включая проявления послеоперационной когнитивной дисфункции [12]. Но, восстановление кровотока, несомненно, является важным условием для последующего улучшения психофизиологического состояния: на 3-м этапе исследования выявлено значимое снижение данного фактора.

Закономерной представляется и динамика фактора 4 («Сниженное качество жизни и неудовлетворительное соматическое состояние»), который наиболее выражен на 2-м этапе исследования и значимо снижен на 3-м: после операции естественны различные проявления физического дискомфорта и боли, но в последующем, в процессе восстановления, улучшение кровотока в результате кардиохирургического вмешательства закономерно предполагает улучшение самочувствия, преодоление симптомов болезни, повышение двигательной активности. Полученный результат соотносится с информацией, представленной в научной литературе, о снижении качества жизни непосредственно после операции и его статистически значимом повышении в более отдаленном периоде [15].

При анализе динамики фактора 5 («Невротические проявления тревожно-мнительного типа») установлено, что наиболее высокой его выраженность является на 1-м этапе исследования. Результаты соотносятся с научными данными о выраженности тревоги у пациентов перед КШ [7]. До операции пациент находится в ситуации «тревожного ожидания». Соответственно, проявления тревоги, беспокойства, психологического дискомфорта могут усиливаться. Эмоциональное напряжение может быть более интенсивным в результате мыслей и представлений пациента о предстоящем кардиохирургическом вмешательстве, его рисках и последствиях. А после выполненной операции вероятным

является формирование восприятия угрозы как «уже пройденной», «миновавшей». Соответственно, на этом этапе выраженность фактора невротических проявлений тревожно-мнительного типа является значительно меньшей. Тем не менее, через 3 мес. после операции, предположительно в связи с тем, что пациенты к этому времени уже в полной мере возвращаются к возможным проблемам и трудностям повседневной жизни, отмечается повышение данного фактора (однако не достигающее уровня «тревожного ожидания» 1-го этапа).

По результатам анализа динамики фактора 6 («Астенические проявления на фоне агрессивных тенденций») отмечено отсутствие выраженных изменений на разных этапах исследования. Вероятно, это связано с тем, что некоторые включенные в данный фактор показатели (враждебность, конфронтация) могут быть связаны с устойчивыми психологическими характеристиками, описание которых у пациентов с ИБС встречается в научной литературе: враждебность, агрессивные тенденции рассматриваются как прогностически неблагоприятные характеристики, свойственные лицам с ИБС [6]. Тенденцию повышения рассматриваемого фактора после операции, вероятно, можно объяснить закономерным формированием астенического состояния в связи со спецификой «большого кардиохирургического вмешательства»: пациенты после операции отмечают физический дискомфорт, слабость, боли (что, возможно, способствует усилению таких проявлений, как раздражение, дисфория). Но в более позднем периоде, когда пациенты уже возвращаются к привычному уровню функционирования, выраженность данного фактора, соответственно, становится меньшей.

Наиболее интересные результаты получены в ходе изучения динамики фактора 2 («Тревожно-фобические проявления») и динамики фактора 3 («Направленность на соладание с трудностями»).

Новым и важным в практическом аспекте является обнаружение значимого повышения выраженности фактора 2 на 3-м этапе

исследования (до более высокого уровня, чем на 1-м и 2-м этапах) и значимое последовательное снижение фактора 3 на каждом этапе (минимальная степень его выраженности отмечена на 3-м этапе).

Как показано в описании результатов, отмечена тенденция снижения фактора 2 («Тревожно-фобические проявления») ко 2-му и значимое повышение к 3-му этапу исследования. В научной литературе имеются сведения о повышенной тревоге перед КШ [7]. С психологической точки зрения это представляется очевидным. Вероятны тревожные опасения, связанные с мыслями о предстоящей операции и ее последствиях. Но после КШ у пациента возможным является формирование представлений об «уже пройденной угрозе», когда «максимальный риск уже позади».

Однако вызывает интерес и настороженность факт обнаружения более высокой выраженности рассматриваемого фактора на 3-м этапе исследования, учитывая то, что по данным научной литературы высокая тревога в отдаленном периоде после выписки – предиктор дальнейшего неблагоприятного течения ИБС [1].

Возможны различные предположения в рамках интерпретации полученного результата. Например, «погружение» в обстановку повседневных проблем и трудностей (и неспособность их успешно преодолеть); отсутствие «больничной опеки», которая может ассоциироваться с безопасностью; актуализация каких-либо переживаний, связанных с восприятием сердечно-сосудистого заболевания, витальной угрозой и т.д.

В рамках практического применения полученного результата можно отметить следующее: 1) целесообразным является «контрольное» психодиагностическое обследование после КШ не только в стационаре, но и амбулаторно, после выписки (через 3 мес. после операции), включающее оценку выраженности тревожно-фобических проявлений; 2) по результатам обследования должна быть проведена консультация и при необходимости применены соответствующие психокоррекционные методики (например,

техники релаксации, аутогенной тренировки, сенсорной репродукции). Можно рекомендовать пациентам самостоятельные задания по самонаблюдению, ведение дневника дисфункциональных мыслей; а при необходимости – консультацию врача-психотерапевта для решения вопроса о психофармакотерапии.

Фактор 3 («Направленность на совладание с трудностями») характеризуется «отчетливым снижением»: выраженность его проявлений уменьшается на каждом этапе исследования.

В научной литературе имеются данные о снижении показателей совладающего поведения в послеоперационном периоде, когда пациент еще находится в стационаре. Так, в исследовании Солодухина А.В. и соавт. [10] обнаружено значимое снижение копинга через 7–8 дней после КШ.

Безусловно, после операции в период реабилитации в стационаре какие-либо проблемы и трудности, которые могли вызывать беспокойство до КШ, становятся менее актуальными. Кардиохирургическое вмешательство, связанное с рисками, уже выполнено, а повседневные заботы, вероятно, представляются отдаленными, пациент «дистанцирован» от них. Соответственно, в данной ситуации и проявления совладающего поведения менее выражены.

Но интересным и значимым с практической точки зрения является обнаружение того, что на 3-м этапе исследования (через 3 мес. после КШ) фактор направленности на совладание с трудностями оказался наименее выраженным (достоверно ниже, чем на 1-м и 2-м этапах). Такой результат можно считать неожиданным. После прохождения реабилитации и выписки из стационара пациент возвращается к привычной жизни, закономерно сталкивается с необходимостью решать различные проблемы. Соответственно, можно предполагать и актуализацию привычных способов совладания, применяемых для преодоления повседневных проблемных ситуаций. Но, вопреки этому предположению, в результате проведенного исследования выявлена самая низкая выраженность

рассматриваемого фактора через 3 мес. после КШ, что отражает затруднения адаптации.

Практическое применение полученного результата указывает на: 1) необходимость включения в психокоррекционную программу после КШ задач по коррекции совладающего поведения; 2) важность осуществления соответствующих психокоррекционных мероприятий на 2-м и 3-м этапах. В частности, важно обсуждение с пациентом привычных для него способов преодоления трудных ситуаций, особенностей его восприятия и мышления при возникновении каких-либо проблем; необходимы проработка и анализ конструктивных/деструктивных вариантов копинга и т.д.

Заключение

В результате обработки данных, полученных в ходе выполненного исследования, было выделено шесть психологических факторов: 1) фактор «Психопатологические проявления и снижение памяти, внимания»; 2) фактор «Тревожно-фобические проявления»; 3) фактор «Направленность на совладание с трудностями»; 4) фактор «Сниженное качество жизни и неудовлетворительное соматическое состояние»; 5) фактор «Невротические проявления тревожно-мнительного типа»; 6) фактор «Астенические проявления на фоне агрессивных тенденций».

Была изучена динамика факторов с учетом трех этапов исследования: 1) до КШ; 2) после операции на этапе восстановительного лечения в стационаре и 3) через 3 мес. после КШ.

Получены данные, представляющие значимый интерес с практической точки зрения: повышение выраженности фактора «Тревожно-фобические проявления» на 3-м этапе исследования (до уровня, превышающего показатели дооперационного этапа); последовательное снижение (от 1-го ко 2-му и от 2-го к 3-му этапу) фактора «Направленность на совладание с трудностями». Полученные результаты целесообразно учитывать при планировании психокоррекционной работы на различных этапах реабилитации.

Литература

1. Белан И.А., Ложникова Л.Е., Барбухатти К.О. Влияние уровня тревожности на течение ишемической болезни сердца после аортокоронарного шунтирования // *CardioСоматика*. 2015. № S1. С. 9–10. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23292461> (дата обращения: 13.02.2023).
2. Гиляров М.Ю., Константинова Е.В., Королева Е.А. [и др.]. Ишемическая болезнь сердца и депрессивные расстройства: патогенез и современные особенности взаимосвязи // *Медицинский совет*. 2022. Т. 16, № 14. С. 16–22. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49292406> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-14-16-22
3. Еремина Д.А., Горбунов И.А., Щелкова О.Ю. Факторная оценка динамики когнитивного функционирования пациентов с ишемической болезнью сердца на протяжении года после коронарного шунтирования // *Проблемы современного образования*. 2022. № 1. С. 60–75. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48311573> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.31862/2218-8711-2022-1-60-75
4. Еремян З.А., Щелкова О.Ю. История становления и развития концепции качества жизни в медицине // *Психология. Психофизиология*. 2022. Т. 15, № 1. С. 37–49. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48212448> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.14529/jpps220104
5. Жидяевский А.Г., Менделевич В.Д., Галяутдинов Г.С. [и др.]. Особенности психических расстройств и их коррекции у пациентов с кардиальной патологией // *Казанский медицинский журнал*. 2020. Т. 101, № 2. С. 212–225. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42666058> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.17816/KMJ2020-212
6. Кадыров Р.В., Эльзесер А.С., Бартковская Н.С. Психологические факторы инфаркта миокарда как поле для клинико-психологических исследований // *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2020. Т. 22, № 2 (82). С. 437–443. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-factory-infarkta-miokarda-kak-pole-dlya-klinikopsihologicheskikh-issledovaniy> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.21603/2078-8975-2020-22-2-437-443
7. Ковальцова Р.С., Задворьев С.Ф., Петрова Н.Н. Тревога и депрессия у кардиохирургических пациентов // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2022. № 1. С. 32–35. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48525569> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.26269/g23m-qn47
8. Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2017. Т. 10, № 1. С. 121–138. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28888316> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.14529/psy170112
9. Михайлова К.Д., Рядинский М.Э., Лукьянов Н.Г. Ранняя кардиологическая реабилитация и ее значение в улучшении качества жизни и функционального состояния больных после коронарного шунтирования // *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2021. Т. 40, № S1–3. С. 219–222. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45590914> (дата обращения: 13.02.2023).
10. Солодухин А.В., Серый А.В., Яницкий М.С. Изменение параметров внутренней картины болезни и копинг-поведения у пациентов с ишемической болезнью сердца после проведения коронарного шунтирования // *Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности*. 2020. № 10. С. 128–132. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43963879> (дата обращения: 13.02.2023).
11. Солодухин А.В., Трубникова О.А., Яницкий М.С. [и др.]. Клинико-психологическая характеристика пациентов с ИБС перед подготовкой к коронарному шунтированию в зависимости от их психоэмоционального статуса // *Лечащий врач*. 2017. № 11. С. 76. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30563515> (дата обращения: 13.02.2023).
12. Тарасова И.В., Трубникова О.А., Куприянова Д.С. Когнитивная реабилитация кардиохирургических пациентов: проблемы и перспективы // *Сибирское медицинское обозрение*. 2020. № 5 (125). С. 23–30. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44170123> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.20333/2500136-2020-5-23-30
13. Терентьева Н.А., Галимова Н.А., Баздырев Е.Д. [и др.]. Факторы риска неблагоприятного прогноза у пациентов с ишемической болезнью сердца и возраст-ассоциированными синдромами при плановом коронарном шунтировании // *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2022. Т. 11, № 4. С. 13–24. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50292549> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-4-13-24
14. Толсторожих Т.А., Страхова Н.В., Красноручкая О.Н., Остроушко Н.И. Когнитивный статус пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от уровня коморбидности // *Прикладные информационные аспекты медицины*. 2019. Т. 22, № 1. С. 98–105. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37032427> (дата обращения: 13.02.2023).

15. Шерешнева М.В., Ильин М.В. Динамика показателей качества жизни при проведении хирургической реваскуляризации миокарда // Медицинская этика. 2021. Т. 9, № 4. С. 37–41. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48569408> (дата обращения: 13.02.2023). DOI: 10.24075/medet.2021.033

Поступила 29.12.2023

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

Для цитирования: Великанов А.А. Исследование динамики психологических факторов у больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 37–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-37-48

A.A. Velikanov

Study of the Dynamics of Psychological Factors in Patients with Coronary Heart Disease After Coronary Artery Bypass Surgery

Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Arseniy Apetovich Velikanov – PhD Psychol. Sci. Associate Prof., medical psychologist, Department of psychology (University Clinic), Associate Prof., Department of psychology (Institute of Medical Education), Almazov National Medical Research Centre (2, Akkuratova Str., St. Petersburg, 197341, Russia), e-mail: arsen.velikanov@gmail.com

Abstract

Relevance. Nowadays cardiovascular diseases are the leading cause of prevalence and mortality. One of the most common cardiovascular diseases is coronary heart disease (CHD). Contemporary treatment for CHD includes both pharmacotherapeutic and cardio-surgical methods. It is well-established that psychological factors contribute to the etiopathogenesis of the disease and can influence its course and prognosis. To plan and improve psychological rehabilitation measures, it is crucial to identify the specific psychological characteristics and their dynamics in the postoperative period. Traditionally, studies on patients' psychological characteristics are conducted during the inpatient treatment period and are focused on identifying the intensity and dynamics of specific indicators (such as anxiety, depression, coping behavior, personality traits, etc.). However, for a comprehensive understanding of the manifestations of the complex of studied characteristics, their interrelationships, and changes at different stages of treatment and rehabilitation, an approach involving the study of the factor dynamics of psychological indicators is of interest.

The aim of the study is to identify the dynamics of psychological factors based on a set of psychological characteristics (including psychoemotional and cognitive aspects, coping behavior, and quality of life) in patients with coronary heart disease (CHD) after coronary artery bypass grafting (CABG).

Methods. A total of 254 patients with CHD undergoing CABG were assessed. The study consisted of three stages: 1) preoperative assessment, 2) postoperative assessment during the inpatient treatment, and 3) evaluation three months after the surgery. The clinical-psychological approach and the following psychodiagnostic methods were used: The Trail-Making Test (TMT), Luria's Memory Words Test, Integrative Anxiety Test, Asthenic State Scale modified by L.D. Malkova and T.G. Chertova, the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), The Ways of Coping Questionnaire (WCQ) by Lazarus and Folkman, 36-Item Short Form Survey (SF-36), and the Big Five Personality Test.

Results and Analysis: Factor analysis of the obtained data was conducted, and factor dynamics were examined. The factor "Psychopathological Manifestations and Impairment of Memory and

Attention” is characterized by a slight increase at the second stage and a decrease at the final stage of the study. The factor “Anxiety-Phobic Manifestations” shows a decreasing trend at the second stage and a significant increase at the third stage. The factor “Coping with Difficulties Orientation” demonstrates a clear and consistent decrease from the first stage to the third stage of the study. The factor “Reduced Quality of Life and Unsatisfactory Somatic Condition” shows a significant increase in intensity by the second stage of the study and a decline by the third stage. The factor “Neurotic Manifestations of an Anxious-Rumination Type” is most pronounced at the first stage, experiences a decrease by the second stage, and rises again by the third stage. The factor “Asthenic Manifestations in the Context of Aggressive Tendencies” is not characterized by pronounced dynamics (noted only a slight increase in intensity at the second stage and a gradual decrease at the third stage).

Conclusion. Six psychological factors were identified based on the studied psychological characteristics. The study of factor dynamics yielded practical significance. Specifically, for the planning of psychological rehabilitation, it is noteworthy that there was a significant increase in the intensity of the “Anxiety-Phobic Manifestations” factor at the third stage of the study (exceeding preoperative levels). The consistent decrease in the “Coping with Difficulties Orientation” factor (from the first to the second stage and from the second to the third stage) is also relevant. These findings should be considered in the rehabilitation process for patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting.

Keywords: Coronary heart disease, coronary artery bypass grafting, psychological factors, psychotherapy, rehabilitation.

References

1. Belan I.A., Lozhnikova L.E., Barbukhatti K.O. Vliyaniye urovnya trevozhnosti na techeniye ishemicheskoi bolezni serdtsa posle aortokoronarnogo shuntirovaniya [Anxiety influence on coronary heart disease course after bypass grafting]. *Cardiosomatika* [Cardiosomatics]. 2015; (S1): 9–10. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23292461>. (In Russ.)
2. Gilyarov M.Yu., Konstantinova E.V., Koroleva E.A. [et al.]. Ishemicheskaya bolezn' serdtsa i depressivnye rasstroistva: patogenez i sovremennyye osobennosti vzaimosvyazi [Coronary heart disease and depressive disorders, pathogenesis and actual features of the relationship]. *Meditsinskii sovet* [Medical council]. 2022; 16(14): 16–22. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49292406>. DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-14-16-22 (In Russ.)
3. Eremina D.A., Gorbunov I.A., Shchelkova O.Yu. Faktornaya otsenka dinamiki kognitivnogo funktsionirovaniya patsientov s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa na protyazhenii goda posle koronarnogo shuntirovaniya [Factorial assessment of the dynamics of cognitive functioning in patients with coronary heart disease during the year after coronary artery bypass grafting]. *Problemy sovremennogo obrazovaniya* [Problems of modern education]. 2022; (1): 60–75. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48311573>. DOI: 10.31862/2218-8711-2022-1-60-75 (In Russ.)
4. Eremyan Z.A., Shchelkova O.Yu. Istoriya stanovleniya i razvitiya kontseptsii kachestva zhizni v meditsine [The concept of quality of life in medicine]. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya* [Psychology. Psychophysiology]. 2022; 15(1): 37–49. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48212448>. DOI: 10.14529/jpps220104 (In Russ.)
5. Zhidyayevskii A.G., Mendelevich V.D., Galyautdinov G.S. [et al.]. Osobennosti psikhicheskikh rasstroistv i ikh korrektsii u patsientov s kardial'noi patologiei [Features of mental disorders and their correction in patients with cardiac pathology]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal* [Kazan medical journal]. 2020; 101(2): 212–225. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42666058>. DOI: 10.17816/KMJ2020-212 (In Russ.)
6. Kadyrov R.V. El'zesser A.S. Bartkovskaya N.S. Psikhologicheskie faktory infarkta miokarda kak pole dlya kliniko-psikhologicheskikh issledovaniy [Psychological factors of myocardial infarction: prospects for clinical and psychological research]. *Vestnik kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Kemerovo state university]. 2020; 22(2) (82): 437–443. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-faktory-infarkta-miokarda-kak-pole-dlya-klinikopsihologicheskikh-issledovaniy>. DOI: 10.21603/2078-8975-2020-22-2-437-443 (In Russ.)
7. Koval'tsova R.S., Zadvor'ev S.F., Petrova N.N. Trevoga i depressiya u kardiokhirurgicheskikh patsientov [Anxiety and depression in cardiac surgical patients]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik* [Kremlin medicine. Clinical bulletin]. 2022; (1): 32–35. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48525569>. DOI: 10.26269/g23m-qn47 (In Russ.)
8. Mikhailichenko T.G., Shchelkova O.Yu. Metodologiya izucheniya psikhologicheskoi adaptatsii patsientov s autoimmunnymi zabolevaniyami pecheni v period ozhidaniya transplantatsii organa [Methodology of studying psychological adaptation of patients with autoimmune liver diseases while waiting for transplantation]. *Vestnik yuzhno-ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural state university. Series: Psychology]. 2017; 10(1): 121–138. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28888316>. DOI 10.14529/psy170112 (In Russ.)

9. Mikhailova K.D., Ryadinskii M.E., Luk'yanov N.G. Rannaya kardiologicheskaya reabilitatsiya i ee znachenie v uluchshenii kachestva zhizni i funktsional'nogo sostoyaniya bol'nykh posle koronarnogo shuntirovaniya [Early cardiologic rehabilitation and its value in improving the quality of life and functional state of patients after cabg]. *Izvestiya rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Russian military medical academy reports]. 2021; 40(S1–3): 219–222. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45590914>. (In Russ.)
10. Solodukhin A.V., Seryi A.V., Yanitskii M.S. Izmenenie parametrov vnutrennei kartiny bolezni i koping-povedeniya u patsientov s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa posle provedeniya koronarnogo shuntirovaniya [Changes in the parameters of the attitude to illness and coping-behavior in patients with coronary heart disease after coronary bypass surgery grafting]. *Lichnost' v ekstremal'nykh usloviyakh i krizisnykh situatsiyakh zhiznedeyatel'nosti* [Personality in extreme conditions and crisis situations of vital activity]. 2020; (10): 128–132. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43963879>. (In Russ.)
11. Solodukhin A.V., Trubnikova O.A., Yanitskii M.S. [et al.]. Kliniko-psikhologicheskaya kharakteristika patsientov s IBS pered podgotovkoi k koronarnomu shuntirovaniyu v zavisimosti ot ikh psikhoemotsional'nogo statusa [Dynamics of parameters of psychological status of patients with stable ischemic heart disease and coronary artery bypass surgery]. *Lechashchii vrach* [The practitioner]. 2017; (11): 76. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30563515>. (In Russ.)
12. Tarasova I.V., Trubnikova O.A., Kupriyanova D.S. Kognitivnaya reabilitatsiya kardiokhirurgicheskikh patsientov: problemy i perspektivy [Cognitive rehabilitation of cardiac surgery patients: problems and prospects]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie* [Siberian medical review]. 2020; 5(125): 23–30. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44170123>. DOI: 10.20333/2500136-2020-5-23-30 (In Russ.)
13. Terent'eva N.A., Galimova N.A., Bazdyrev E.D. [et al.]. Faktory riska neblagopriyatnogo prognoza u patsientov s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa i vozrast-assotsirovannymi sindromami pri planovom koronarnom shuntirovanii [Risk factors for unfavorable prognosis in patients with coronary artery disease and age-related disorders undergoing coronary artery bypass grafting]. *Kompleksnye problemy serdechno-sosudistykh zabolevanii* [Complex issues of cardiovascular diseases]. 2022; 11(4): 13–24. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=50292549>. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-4-13-24 (In Russ.)
14. Tolstorozhikh T.A., Strakhova N.V., Krasnorutskaya O.N., Ostroushko N.I. Kognitivnyi status patsientov s ishemicheskoi bolezn'yu serdtsa v zavisimosti ot urovnya komorbidnosti [The cognitive status in patients with coronary heart disease with the various comorbidity level]. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny* [Applied information aspects of medicine]. 2019; 22(1): 98–105. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37032427>. (In Russ.)
15. Shereshneva M.V., Il'in M.V. Dinamika pokazatelei kachestva zhizni pri provedenii khirurgicheskoi revaskulyarizatsii miokarda [The dynamics of quality of life indicators during surgical revascularization of myocardium]. *Meditsinskaya etika* [Medical ethics]. 2021; 9(4): 37–41. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48569408>. DOI: 10.24075/medet.2021.033 (In Russ.)

Received 23.12.2023

For citing: Velikanov A.A. Issledovanie dinamiki psikhologicheskikh faktorov u bol'nykh ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa posle koronarnogo shuntirovaniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (90): 37–48. (In Russ.)

Velikanov A.A. Study of the dynamics of psychological factors in patients with coronary heart disease after coronary artery bypass surgery. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 37–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-37-48

П.К. Вильдан

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО ВЫГОРАНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИОНОМИЧЕСКИХ ПРОФЕССИЙ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6)

Актуальность. Существует множество источников, посвященных исследованию выгорания, однако в современной психологической науке еще нет единого представления о механизмах его происхождения.

Цель нашего исследования: анализ взаимосвязей между «ингибиторами», «катализаторами» и показателями психического выгорания специалистов социономических профессий. В исследовании приняло участие 229 человек: социальные работники (89 человек) и учителя (140 человек), женщины, в возрасте от 22 лет до 71 года.

Материалы и методы. В работе был использован метод тестирования (опросник «Профессиональное выгорание», опросник волевого самоконтроля и т.д.) с последующей аналитико-синтетической обработкой полученных данных методом корреляционного анализа.

Результаты. Полученные данные о взаимосвязи выгорания с личностными особенностями работников социономических профессий дают основания предположить, что есть определенные точки приложения для воздействия на них в процессе психотерапии.

Заключение. Проведенное исследование может сыграть важную роль в управлении рабочим стрессом и минимизации рисков синдрома выгорания, помочь разработать психотерапевтическую стратегию по совладанию с выгоранием у специалистов социономических профессий.

Ключевые слова: психическое выгорание, социономические профессии, переживание одиночества, личностные особенности, катализаторы, ингибиторы, стресс.

Введение

Согласно концепции В.Е. Орла, все личностные характеристики делятся на две группы: «катализаторы», провоцирующие развитие выгорания, и «ингибиторы», тормозящие его [7]. Важным вопросом для объяснения феномена выгорания (Z73.0 по МКБ-10 [6]) и его профилактики является анализ взаимосвязей между «ингибиторами», «катализаторами» и феноменом психического выгорания специалистов социономических профессий. Это необходимо для дальнейшего управления рабочим стрессом

и минимизацией рисков синдрома выгорания. Выводы, полученные в результате исследований по проблеме синдрома выгорания, обосновывают необходимость дальнейших исследований, связанных с управлением рабочим стрессом и повышением устойчивости к профессиональному выгоранию.

Цель настоящего исследования: анализ взаимосвязей между «ингибиторами», «катализаторами» и показателями психического выгорания специалистов социономических профессий для нахождения

возможностей минимизации рисков профессионального выгорания у работников социэкономических профессий.

Методы и организация исследования

В исследовании приняло участие 229 человек – социальные работники (89 человек) и учителя (140 человек), женщины, в возрасте от 22 лет до 71 года.

61 % респонденток замужем, 19 % – разведены, 14 % – не замужем, 6 % – вдовы (рис. 1).

У 77 % респонденток есть дети, у 23 % – детей нет (рис. 2).

Для диагностики профессионального выгорания был использован опросник «Профессиональное выгорание» (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С.) [1] и измерялись:

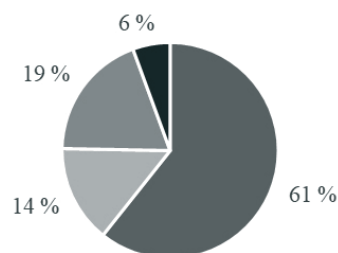
- эмоциональное истощение;
- деперсонализация;
- редукция личных достижений;
- индекс выгорания.

Данная методика основана на трехфакторной модели, разработанной К. Маслач и С. Джексоном в 1986 году. В опроснике представлены 22 утверждения, касающиеся эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений, связанных с профессиональной деятельностью. Следует отметить, что показатель «Редукция личных достижений» использует обратную шкалу.

Для определения уровня развития волевой саморегуляции использовался опросник волевого самоконтроля (А.Г. Зверков, Е.В. Эйдман) [4] и шкалы:

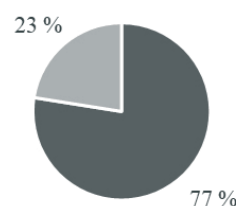
- общая шкала волевого самоконтроля (ВСК);
- субшкала «Настойчивость»;
- субшкала «Самообладание».

Волевая саморегуляция подразумевает умение контролировать свое поведение в различных обстоятельствах, управлять своими действиями, состояниями и мотивами. Опросник для измерения волевой саморегуляции состоит из 30 вопросов, из которых 24 основных и 6 маскировочных. Изначально этот опросник был создан в одномерном



■ Замужем ■ Не замужем ■ Разведена ■ Вдова

Рис. 1. Семейное положение респонденток



■ Есть дети ■ Нет детей

Рис. 2. Наличие/отсутствие детей у респонденток

варианте, однако в ходе исследования его «факторной структуры» было выявлено две надежные субшкалы:

- субшкала «Настойчивость» характеризует силу намерений человека;
- субшкала «Самообладание» отражает уровень произвольного контроля эмоциональных реакций и состояний.

Также была добавлена шкала общего волевого самоконтроля, которая получается в результате суммирования баллов за ответы в субшкалах «Настойчивость» и «Самообладание».

Для определения переживания одиночества и социальной изоляции человека применялась методика «Шкала субъективного переживания одиночества (СПО)» С.В. Духовского [3]. Шкала субъективного переживания одиночества (СПО) предназначена для измерения степени переживания одиночества, которое служит индикатором сбалансированности/дисбаланса межличностных взаимоотношений, а также отражает близость/удаленность между субъектами отношений.

Для выведения интегральной оценки по шкале СПО производилось суммирование числа ответов испытуемых в пунктах измерения. В СПО в каждом пункте используется

шкала с большим числом градаций – 7. Показателем переживания одиночества является сумма баллов по пунктам, входящим в шкалу, которая потом переводится в шкальные оценки (шкала стенов) по нормативной таблице.

Для диагностики индивидуальных различий в оптимизме был использован тест диспозиционного оптимизма ТДО-П в адаптации Т.О. Гордеевой, О.А. Сычева, Е.Н. Осина (2021) [2]. ТДО-П – это русскоязычный аналог теста LOT-R М. Шейера, Ч. Карвера и М. Бриджеса, пересмотренной версии методики LOT. Согласно ему, оптимизм может быть определен как предвкусение того, что в будущем предстоит больше положительных, чем отрицательных событий.

Для измерения степени развития рефлексивности применялась методика диагностики уровня развития рефлексивности (Карпов А.В.) [5]. Опросник состоит из 27 пунктов, ответы на которые оцениваются по 7-балльной шкале Ликерта. По опроснику формируется одно значение, характеризующее общую степень развития рефлексивности личности.

Для диагностики личности использовался краткий пятифакторный опросник личности (TIPI-RU), разработанный С. Гослингом, П. Рентфру и В. Свонном (адаптация и валидизация Сергеевой А.С., Кириллова Б.А., Джумагуловой А.Ф., 2016) [8]. Опросник состоит из 10 пунктов, ответы на которые формируются по 7-балльной шкале Ликерта: 1 – один балл, 7 – семь баллов, кроме перевернутых.

Рассматривались следующие шкалы:

- экстраверсия;
- дружелюбие;
- добросовестность;
- эмоциональная стабильность;
- открытость опыту.

После обработки данных, полученных из указанных выше методик, был произведен анализ взаимосвязи между возрастом, семейным положением, а также показателями личностных характеристик респондентов и психическим выгоранием. Использовался метод корреляционного анализа.

Анализ взаимосвязи возраста, семейного положения и показателей психического выгорания

В данной части исследования были проанализированы корреляционные связи между эмоциональным истощением (в МКБ-10 определяется как переутомление – Z73.1), деперсонализацией (F48.1 по МКБ-10), индексом выгорания, настойчивостью, общей шкалой диспозиционного оптимизма и общей шкалой рефлексивности и данными о семейном положении / наличии детей.

Результаты показывают значимые корреляции показателя «Возраст» с показателями «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Индекс выгорания» ($p \leq 0,01$), ($p \leq 0,05$). Это говорит о том, что специалисты старшего возраста менее подвержены психическому выгоранию, т.е. социальные работники с возрастом становятся более адаптированными и психологически устойчивыми к катализаторам выгорания.

Показатель «Кол-во детей» положительно коррелирует с показателями «Кол-во проживающих совместно» и «Настойчивость» ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$). Это может говорить о том, что воспитание детей развивает настойчивость.

«Кол-во проживающих совместно» отрицательно коррелирует с показателем «Общая шкала рефлексивности» ($p \leq 0,05$) и положительно – с показателями «Кол-во детей» и «Общая шкала диспозиционного оптимизма» ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$). Это означает, что количество проживающих, т.е. семья и дети, живущие под одной крышей, снижают способность к рефлексии. Но также большое количество людей в доме способствует проявлению позитивного мышления.

Анализ взаимосвязи личностных особенностей и показателей психического выгорания

Результаты корреляций представлены в таблице 1.

Показатель «Эмоциональное истощение» положительно коррелирует с показателем «Общая шкала одиночества» ($p \leq 0,01$) и от-

Значимые корреляционные связи показателей выгорания и личностных особенностей

	Общий индекс волевого самоконтроля (ВСК)	Настойчивость	Самообладание	Общая шкала одиночества	Общая шкала диспозиционного оптимизма	Экстраверсия	Дружелюбие	Эмоциональная стабильность
Эмоциональное истощение	-,410**	-,366**	-,400**	,485**	-,425**	-,317**	-,296**	-,360**
Деперсонализация	-,469**	-,469**	-,439**	,517**	-,324**	-,222*	-,328**	-,181
Редукция личных достижений	,522**	,492**	,404**	-,542**	,472**	,492**	,336**	,489**
Индекс выгорания	-,546**	-,516**	-,490**	,606**	-,479**	-,395**	-,376**	-,398**

Примечание: ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя), * корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

рицательно – со всеми остальными показателями («Общий индекс волевого самоконтроля», «Настойчивость», «Самообладание», «Общая шкала диспозиционного оптимизма», «Экстраверсия», «Дружелюбие», «Эмоциональная стабильность») ($p \leq 0,01$). Следовательно, снижение эмоционального тонуса и повышение психической истощаемости усиливает чувство переживания одиночества и ведет к снижению уверенности в своих профессиональных достижениях и качествах, ослаблению волевого самоконтроля, утрате оптимистичного мышления и дружелюбия к другим, обращенность внимания вовне и эмоциональная стабильность снижают риск развития выгорания.

Показатель «Деперсонализация» положительно коррелирует с показателем «Общая шкала одиночества» ($p \leq 0,01$) и отрицательно коррелирует с такими показателями, как «Общий индекс волевого самоконтроля», «Настойчивость», «Самообладание», «Общая шкала диспозиционного оптимизма», «Дружелюбие» ($p \leq 0,01$) и «Экстраверсия» ($p \leq 0,05$). Это значит, что обострение чувства негативизма и желания дистанцироваться от коллег и клиентов провоцируют у специалистов переживание одиночества и ведут к снижению уверенности в себе и своей компетентности, снижению способности к контролю собственных эмоций и поведения, утрате оптимистичного мышления и дружелюбия к другим.

Показатель «Редукция личных достижений» положительно коррелирует с показателями «Общий индекс волевого самоконтроля», «Настойчивость», «Самообладание», «Общая шкала диспозиционного оптимизма», «Экстраверсия», «Дружелюбие» и «Эмоциональная стабильность» ($p \leq 0,01$). Следовательно, чем больше уверенность исследуемых в собственных профессиональных качествах и выполняемой работе, тем больше они способны к волевой саморегуляции, более оптимистично смотрят на жизнь, более открыты общению, дружелюбны и эмоционально стабильны.

Тот же показатель отрицательно коррелирует с показателем «Общая шкала одиночества» ($p \leq 0,01$). Следовательно, снижение ощущения уверенности в своих профессиональных компетенциях у специалистов приводит к усилению переживания одиночества, т.к. проявляется обесценивание собственных достижений и гипертрофированное возвышение успехов коллег, что усиливает тревожность и влечет за собой социальную изоляцию.

Выявленные корреляции говорят о том, что волевой самоконтроль, диспозиционный оптимизм и личностные качества (экстраверсия, дружелюбие и эмоциональная стабильность) являются ингибиторами выгорания, а одиночество – катализатором психического выгорания.

Анализ взаимосвязи между особенностями волевого самоконтроля, личностными особенностями и показателями психического выгорания

Результаты корреляции свидетельствуют о том, что показатели «Общий индекс волевого самоконтроля», «Настойчивость» и «Самообладание» отрицательно коррелируют с такими показателями, как «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Индекс выгорания», «Общая шкала одиночества» ($p \leq 0,01$). Это значит, что способность контролировать свои эмоции и поведение и проявлять настойчивость способствуют высокой самооценке и ощущению силы своего «Я», что повышает адаптационные возможности психики и выступает «ингибитором» выгорания.

С остальными показателями «Общий индекс волевого самоконтроля», «Настойчивость» и «Самообладание» ($p \leq 0,05$), ($p \leq 0,01$) находятся в положительной связи. Следовательно, высокий уровень волевого самоконтроля стимулирует проявление уверенности в себе и своих силах, усиливает эмоционально-нравственные характеристики (дружелюбие, доброжелательность и пр.), формирует адекватное отношение к успехам и неудачам и позитивное отношение к миру и т.д. Это также значит, что волевой самоконтроль выступает «ингибитором» выгорания.

Анализ взаимосвязи между переживанием одиночества, личностными особенностями и показателями психического выгорания

Результаты корреляций между показателями выгорания и переживанием одиночества представлены в таблице 2.

Результаты корреляционного анализа показали, что «Общая шкала одиночества» положительно коррелирует с показателями «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Индекс выгорания» ($p \leq 0,01$) и имеет отрицательные корреляции со всеми остальными ($p \leq 0,01$). Это значит, что переживание одиночества ведет к уменьшению уверенности в своих профессиональных достижениях, снижению волевого контроля над своими реакциями и поведением, понимания своих эмоций, оптимистического мышления и взгляда на жизнь, дружелюбия к другим, а также к ухудшению психического и физического состояния, утрате эмоциональных связей, базового доверия к миру, ощущения безопасности, что в свою очередь провоцирует и увеличивает риск развития выгорания. Показатели волевого самоконтроля, диспозиционный оптимизм и личностные качества – ингибиторы выгорания, переживание одиночества выступает катализатором.

Таблица 2

Значимые корреляционные связи между переживанием одиночества, личностными особенностями и показателями психического выгорания

	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личных достижений	Индекс выгорания	Общий индекс волевого самоконтроля (ВСК)	Настойчивость	Самообладание	Общая шкала диспозиционного оптимизма	Экстраверсия	Дружелюбие	Эмоциональная стабильность
Общая шкала одиночества	,485**	,517**	-,542**	,606**	-,434**	-,408**	-,526**	-,636**	-,457**	-,391**	-,449**

Примечание: ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Анализ взаимосвязи между оптимизмом, личностными особенностями и показателями психического выгорания

Результаты корреляций представлены в таблице 3.

Показатель «Общая шкала диспозиционного оптимизма» отрицательно коррелирует с показателями выгорания («Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Индекс выгорания» ($p \leq 0,01$)) и «Общей шкалой одиночества» ($p \leq 0,01$). Способность смотреть на мир позитивно и воспринимать неудачи рационально способствует сохранению стабильности психики и социальных связей, выступая ингибитором выгорания и противодействуя возникновению чувства переживания одиночества.

С другой стороны, показатель «Общая шкала диспозиционного оптимизма» положительно коррелирует с остальными показателями («Настойчивость», «Самообладание», «Экстраверсия», «Дружелюбие», «Доброжелательность», «Эмоциональная стабильность») ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$). Оптимистичность мышления стимулирует уверенность в себе и своей компетенции, повышает контроль над собственными эмоциями и поведением, позволяет дружелюбнее относиться к окружающим и позитивно смотреть на мир.

Анализ взаимосвязи между рефлексивностью, личностными особенностями и показателями психического выгорания

Корреляционный анализ показал, что «Общая шкала рефлексивности» отрицательно коррелирует с «Эмоциональной стабильностью» ($p \leq 0,01$). Это означает, что чрезмерная рефлексивность в сочетании с другими ситуационными стресс-факторами снижает стабильность психики, что ведет к притуплению эмоциональных переживаний, провоцируя формирование синдрома психического выгорания.

Этот же показатель положительно коррелирует с «Добросовестностью» ($p \leq 0,01$). Следовательно, анализ своих чувств и поведения в прошлом и планирование своих действий в будущем помогает специалистам развивать такое личностное качество, как добросовестность, что, в свою очередь, способствует совершенствованию профессиональных компетенций социальных работников.

Выводы

Полученные данные о взаимосвязи выгорания с личностными особенностями у работников социномических профессий дают основания предположить, что есть определенные точки приложения для воздействия

Таблица 3

Значимые корреляционные связи между оптимизмом, личностными особенностями и показателями психического выгорания

	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция личных достижений	Индекс выгорания	Общий индекс волевого самоконтроля (ВСК)	Настойчивость	Самообладание	Общая шкала одиночества	Экстраверсия	Дружелюбие	Доброжелательность
Общая шкала диспозиционного оптимизма	-,425**	-,324**	,472**	-,479**	,425**	,397**	,476**	-,636**	,470**	,336**	,220*

Примечание: ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя), * корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

на них в процессе психотерапии. При совладании с выгоранием этими точками будут: повышение эмоционального тонуса, снижение чувства переживания одиночества, увеличение эмоциональной стабильности, тренировка волевой саморегуляции, способность проявлять настойчивость, развитие оптимистичности мышления, снижение рефлексивности.

Для противодействия выгоранию психологическая помощь должна быть ориентирована на развитие и укрепление «ингибиторов» выгорания и минимизации влияния «катализаторов» в структуре личности. Полу-

ченные результаты целесообразно использовать в программах психокоррекции психического выгорания в различных учреждениях (школах, центрах социальной помощи населению, центрах психологических консультаций и т.д.) для профилактики психического здоровья специалистов социальной сферы.

Таким образом, проведенное исследование и его результаты могут сыграть важную роль в управлении рабочим стрессом и минимизации рисков синдрома выгорания, позволят разработать психотерапевтическую стратегию совладания с выгоранием у специалистов социэкономических профессий.

Литература

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие. 3-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2024. 299 с.
2. Гордеева Т.О., Сычев О.А., Осин Е.Н. Диагностика диспозиционного оптимизма, валидность и надежность опросника ТДО-П // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2021. Т. 18, № 1. С. 34–55.
3. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. Психологический практикум. СПб.: Речь, 2009. 141 с.
4. Зверков А.Г., Эйдман Е.В. Диагностика волевого самоконтроля: опросник ВСК // Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции / под ред. С.Р. Пантеева. М.: МГУ, 1990. С. 116–126.
5. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методики ее диагностики // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 5. С. 45–57.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Оверлайд, 1994. 303 с.
7. Орел В.Е. Синдром психического выгорания. Мифы и реальность. Харьков: Гуманитарный центр, 2014. 296 с.
8. Сергеева А.С., Кириллов Б.А., Джумагулова А.Ф. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (ТПИ-РУ) // Экспериментальная психология. 2016. Т. 9, № 3. С. 138–154.

Поступила 24.04.2024

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

Для цитирования: Вильдан П.К. Взаимосвязь психического выгорания и социально-психологических свойств личности специалистов социэкономических профессий // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 49–56. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-49-56

P.K. Vildan

The Relationship Between Mental Burnout and Socio-Psychological Personality Traits of Specialists in Socioeconomic Professions

Saint-Petersburg State University (6, Makarova emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Polina Konstantinovna Vildan – PhD student, Saint-Petersburg State University (6, Makarova emb., St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: vildanpolina@gmail.com

Relevance. There are numerous sources dedicated to the study of burnout, yet contemporary psychological science lacks a unified understanding of the mechanisms underlying its origin.

The purpose of our study is to analyze the relationships between “inhibitors,” “catalysts,” and indicators of burnout among professionals in sociological professions. The study involved 229 participants, including social workers (89) and teachers (140), all women, aged 22 to 71.

Materials and methods. The study employed a testing method (Professional Burnout Questionnaire, Volitional Self-Control Questionnaire, etc.) followed by analytical-synthetic processing of the obtained data through correlation analysis.

Results. The data obtained on the relationship between burnout and the personal characteristics of employees of socio-economic professions suggest that there are certain application points for influencing them in the process of psychotherapy.

Conclusion. The conducted study can play a significant role in managing work-related stress and minimizing the risks of burnout syndrome. It may assist in developing a psychotherapeutic strategy for coping with burnout among professionals in socio-economic professions.

Keywords: mental burnout, socio-economic professions, loneliness experience, personality traits, catalysts, inhibitors, stress.

References

1. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya. Diagnostika i profilaktika: prakticheskoe posobie [Burnout syndrome. Diagnosis and prevention: a practical guide]. Moscow, 2024. 299 p. (In Russ.)
2. Gordeeva T.O., Sychev O.A., Osin E.N. Diagnostika dispozitsionnogo optimizma, validnost' i nadezhnost' oprosnika TDO-P [Diagnostics of dispositional optimism: Validity and reliability of Russian version of LOT-R]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher school of economics]. 2021; 18(1): 34–55. (In Russ.)
3. Dukhnovskii S.V. Diagnostika mezhlchnostnykh otnoshenii. Psikhologicheskii praktikum [Diagnostics of interpersonal relationships. Psychological workshop]. Sankt-Petersburg, 2009. 141 p. (In Russ.)
4. Zverkov A.G., Eidman E.V. Diagnostika volevogo samokontrolya: oprosnik VSK [Diagnostics of volitional self-control: the VSK questionnaire]. *Praktikum po psikhodiagnostike. Psikhodiagnostika motivatsii i samoregulyatsii* [Workshop on psychodiagnosics. Psychodiagnosics of motivation and self-regulation]. Ed. S.R. Pantileeva. Moscow, 1990. 116–126. (In Russ.)
5. Karpov A.V. Refleksivnost' kak psikhicheskoe svoistvo i metodiki ee diagnostiki. [Reflexivity as a mental property and methods of its diagnosis]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2003; 24(5): 45–57. (In Russ.)
6. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr) [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10]. Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv: MKB-10. Ed. Yu.L. Nullera, S.Yu. Tsirkina. Sankt-Petersburg, 1994. 303 p. (In Russ.)
7. Orel V.E. Sindrom psikhicheskogo vygoraniya. Mify i real'nost' [Mental burnout syndrome. Myths and reality]. Khar'kov, 2014. 296 p. (In Russ.)
8. Sergeeva A.S., Kirillov B.A., Dzhumagulova A.F. Perevod i adaptatsiya kratkogo pyatifaktornogo oprosnika lichnosti (TIPI-RU) [Translation and adaptation of the Brief Five-Factor Personality Inventory (TIPI-RU)]. *Ekspierimentalnaya psikhologiya* [Experimental Psychology]. 2016; 9(3): 138–154. (In Russ.)

Received 24.04.2024

For citing: Vildan P.K. Vzaimosvyaz' psikhicheskogo vygoraniya i sotsial'no-psikhologicheskikh svoistv lichnosti spetsialistov sotsionomicheskikh professii. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (90): 49–56. (In Russ.)

Vildan P.K. The relationship between mental burnout and socio-psychological personality traits of specialists in socio-economic professions. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 49–56. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-49-56

С.В. Волкова¹, Т.В. Ветрова², М.О. Леонтьева², В.И. Ионцев²

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АКНЕ (ACNE VULGARIS)

¹ ООО «Счастливые лица» – клиника «Чудо Света»

(Россия, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 39);

² Институт прикладного психоанализа и психологии Университета при МПА ЕврАзЭС

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к.1)

Актуальность. Акне – одно из наиболее частых заболеваний, поражающих до 85 % людей в возрасте от 12 до 25 лет и 30–40 % лиц старше 25 лет. Тяжелые формы заболевания встречаются в 5–14 % случаев, что более чем в 1/3 случаев требует серьезного, подчас длительного лечения у дерматолога. Психологический аспект явления и его влияние на повседневное функционирование по-прежнему редко упоминаются. Однако знание взаимосвязи между психологическим статусом и дерматологическим заболеванием необходимо для эффективной терапии акне.

Цель исследования. Целью данного исследования является определение влияния гормонального статуса на индивидуальные психологические особенности личности у пациентов мужского пола, больных акне.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 86 человек, из них 58 больных мужского пола в возрасте 15–19 лет с тяжелой и среднетяжелой формой акне (группа больных), группу контроля составили 28 здоровых мужчин.

Определялся гормональный статус обследованных (содержание в сыворотке крови кортизола, эстрадиола, пролактина, дигидротестостерона, свободного тестостерона, T₃, T₄).

Анализ динамики изменения психологического состояния пациентов, страдающих акне, проводился с применением 16-факторного опросника Кеттелла.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты. В группе пациентов 16–19 лет изменения в гормональной системе заключались в повышении уровней ДГТС, повышении сывороточной концентрации кортизола, T₃, в сравнении с группой здоровых лиц.

Волкова Светлана Владимировна – врач-дерматолог, косметолог, ООО «Счастливые лица» – клиника «Чудо Света» (Россия, 194044, Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, д. 39), e-mail: svolkova78@mail.ru;

✉ Ветрова Татьяна Вячеславовна – канд. психол. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1), e-mail: doretat@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7446-5060>;

Леонтьева Мария Олеговна – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1), lov63@inbox.ru;

Ионцев Вячеслав Игоревич – канд. мед. наук, доц. каф. психофизиологии, Ин-т прикладного психоанализа и психологии Ун-та при МПА ЕврАзЭС (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Смольячкова, д. 14, к. 1), e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3230-807X>

Заключение. При исследовании взаимосвязей между величинами гормонального статуса (эстрадиола, кортизола, СТС и ДГТС) в группе больных акне выявлены значимые сильные корреляционные связи между показателями гормонов (кортизол, T_3 и ДГТС) и психологическими характеристиками личности больных: менее выражены терпимость и эмпатия, решительность, открытость, отмечается снижение настроения.

Ключевые слова: психологическое состояние, акне, эмоциональная устойчивость, гормональный статус.

Введение

Акне – одно из наиболее частых заболеваний, поражающих до 85% людей в возрасте от 12 до 25 лет и 30–40% лиц старше 25 лет. Тяжелые формы заболевания встречаются в 5–14% случаев, что более чем в 1/3 случаев требует серьезного, подчас длительного лечения у дерматолога.

Известно, что придатками кожи человека являются ногти, волосяные фолликулы, сальные и потовые железы, развитие и секреторная деятельность которых находятся под воздействием андрогенов. Наследственный фактор определяет особенности строения и размеры сальных желез, реакцию и восприимчивость придатков кожи к нейровегетативным воздействиям. Основная часть тестостерона (97–99%), циркулирующего в крови, находится в связанном состоянии с глобулином, связывающим половые стероиды (ГСПС).

Хронические заболевания, сопровождающиеся уменьшением образования ГСПС (заболевания гепатобилиарного комплекса, заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся дефицитом или избытком тиреоидных гормонов, заболевания, приводящие к гиперинсулинемии), приводят к увеличению свободного тестостерона в крови. Уровень свободного тестостерона крови определяет синтез активной кожной формы андрогенов – дигидротестостерона. Отмеченные изменения приводят к увеличению размеров сальных желез и повышенному их функционированию, а также к фолликулярному гиперкератозу и дальнейшему каскаду патогенетических механизмов развития акне.

Психологический аспект явления и его влияние на повседневное функционирование по-прежнему редко упоминаются. Од-

нако знание взаимосвязи между психологическим статусом и дерматологическим заболеванием необходимо для эффективной терапии акне.

Целью данного исследования является определение влияния гормонального статуса на индивидуальные психологические особенности личности у пациентов мужского пола, больных акне.

Материал и методы исследования

В исследовании приняло участие 86 человек, из них 58 больных мужского пола в возрасте 15–19 лет с тяжелой и среднетяжелой формой акне (группа больных), группу контроля составили 28 здоровых мужчин.

Определялся гормональный статус обследованных (содержание в сыворотке крови кортизола, эстрадиола, пролактина, дигидротестостерона, свободного тестостерона, T_3 , T_4). Исследование проводилось с использованием общепринятых методов исследования.

Анализ динамики изменения психологического состояния пациентов, страдающих акне, проводился с применением 16-факторного опросника Кеттелла.

Производные величины представлены в формате средних арифметических значений \pm стандартная ошибка средних значений ($X \pm m$) либо в формате средних арифметических значений \pm среднее квадратичное отклонение ($X \pm \sigma$). Проведен корреляционный анализ.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена использованием пакетов прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты

Сравнительный анализ сывороточных уровней гормонов у пациентов, страдающих акне, отнесенных к 1-й группе исследования, выявил следующие достоверно значимые изменения средних значений показателей до лечения и через 6 месяцев после него (см. табл. 1):

- повышение сывороточной концентрации тиреотропного гормона (ТТГ) ($p < 0,05$);
- снижение сывороточной концентрации кортизола ($p < 0,05$);
- снижение сывороточной концентрации T_3 ($p < 0,05$);
- снижение сывороточной концентрации дигидротестостерона ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ средних величин сывороточных концентраций гормонов у пациентов с аналогичными показателями практически здоровых мужчин из контрольной группы (см. табл. 2) позволил выявить следующие статистически значимые различия:

- преобладание средних величин сывороточных концентраций ГСПС в группе больных акне, по сравнению с показателем у здоровых лиц ($p < 0,05$);
- низкие показатели сывороточной концентрации тиреотропного гормона в группе больных акне, по сравнению с показателем у здоровых лиц ($p < 0,05$);
- высокие величины сывороточной концентрации кортизола в группе больных акне,

Таблица 1

Средние значения сывороточных концентраций гормонов у пациентов

Показатели	До лечения ($X \pm \sigma$)	Через 6 месяцев после начала лечения ($X \pm \sigma$)
ГСПС, nmol/l	52,87 ± 23,62	53,08 ± 21,22
ТТГ, mIU/ml	1,05 ± 0,79	1,75 ± 0,70*
Пролактин, mIU/ml	198,49 ± 68,16	199,63 ± 61,40
Кортизол, nmol/l	451,11 ± 151,22	405,56 ± 69,54*
T_3 , nmol/l	1,74 ± 0,43	1,04 ± 0,39*
T_4 , pmol/l	15,35 ± 2,02	15,24 ± 1,62
Эстрадиол, pg/ml	36,22 ± 15,19	35,81 ± 12,86
Общий тестостерон, ng/ml	5,28 ± 1,57	5,25 ± 1,52
Свободный тестостерон, pg/ml	5,84 ± 2,20	5,35 ± 1,84
Дигидротестостерон, pg/ml	458,87 ± 129,46	438,22 ± 83,18*

Примечание: * – статистически значимое различие ($p < 0,05$).

Таблица 2

Сравнение величин сывороточных концентраций гормонов у пациентов через 6 месяцев после начала лечения и практически здоровых мужчин, $X \pm \sigma$

Показатели	Группы обследованных мужчин	
	группа больных акне	группа практически здоровых
ГСПС, nmol/l	52,87 ± 23,62	52,08 ± 16,33
Кортизол, nmol/l	405,56 ± 69,54	327,62 ± 55,91*
T_3 , nmol/l	1,04 ± 0,39	1,57 ± 0,46
T_4 , pmol/l	15,24 ± 1,62	15,09 ± 1,49
Эстрадиол, pg/ml	35,81 ± 12,86	39,75 ± 12,75*
Общий тестостерон, ng/ml	5,45 ± 1,52	5,43 ± 1,80
Свободный тестостерон, pg/ml	5,35 ± 1,84	5,29 ± 1,48
Дигидротестостерон, pg/ml	438,22 ± 83,18	411,21 ± 90,06*

Примечания: * – статистически значимое различие с показателем у практически здоровых мужчин ($p < 0,05$).

Таблица 3

Значения коэффициентов корреляции Пирсона при исследовании связи между величинами сывороточных уровней гормонов у пациентов

Показатели	ФСГ	Эстрадиол	ОТС	СТС	ДГТС
Кортизол	1,0	-0,32*	0,37*	0,35*	0,44*
Эстрадиол	-0,32*	1,0	-0,20	-0,11	-0,40*
ОТС	0,37*	-0,20	1,0	0,26	0,24
СТС	0,35*	-0,11	0,26	1,0	0,45*
ДГТС	0,44*	-0,40*	0,24	0,45*	1,0

Примечание: * – достоверно значимая корреляция ($p < 0,05$).

Таблица 4

Значения коэффициентов корреляции Пирсона при исследовании связи между величинами сывороточных уровней гормонов у практически здоровых мужчин

Показатели	ФСГ	Эстрадиол	ОТС	СТС	ДГТС
Кортизол	x	-0,27*	0,35*	0,30*	0,40*
Эстрадиол	-0,27*	x	-0,22	-0,29	-0,43*
ОТС	0,35*	-0,22	x	0,26	0,24
СТС	0,30*	-0,29	0,26	x	0,43*
ДГТС	0,40*	-0,43*	0,27	0,43*	x

Примечание: * – достоверно значимая корреляция ($p < 0,05$).

по сравнению с показателем у здоровых лиц ($p < 0,05$);

– низкие показатели сывороточной концентрации эстрадиола в группе больных акне, по сравнению с показателем у здоровых лиц ($p < 0,05$);

– высокие величины сывороточной концентрации дигидротестостерона в группе больных акне, по сравнению с показателем у здоровых лиц ($p < 0,05$).

Для определения взаимоотношений исследовавшихся показателей в обследованных группах практически здоровых и больных акне *vulgaris* мужчин был произведен корреляционный анализ (с применением линейного коэффициента корреляции Пирсона).

При проведении корреляционного анализа между величинами эстрадиола, общего и свободного тестостерона (соответственно, общий тестостерон (ОТС) и свободный тестостерон (СТС)), дигидротестостерона (ДГТС) в группе пациентов выявлены достоверные взаимосвязи с величинами фолликулостимулирующего гормона (ФСГ).

Также достоверными оказались отрицательная корреляция уровней эстрадиола

и ДГТС и положительная – СТС и ДГТС (см. табл. 3).

При исследовании взаимосвязей между сывороточными уровнями кортизола с одной стороны и уровнями ТТГ, Т₃ и Т₄ с другой стороны достоверных корреляций не обнаружено.

При исследовании взаимосвязей (корреляционный анализ с использованием метода корреляции Пирсона) между величинами ФСГ, эстрадиола, ОТС, СТС и ДГТС у практически здоровых мужчин выявлены достоверные взаимосвязи между величинами: ФСГ и ОТС (положительная), ФСГ и СТС (положительная), ФСГ и ДГТС (положительная). Также достоверными оказались отрицательная корреляция уровней эстрадиола и ДГТС и положительная – СТС и ДГТС (см. табл. 4).

Анализ результатов использования опросника Кеттелла у пациентов выявил средние значения по большинству показателей: пациенты демонстрировали выраженное реалистическое отношение к происходящему, определенный скептицизм, снижение мотивации к деятельности (см. табл. 5).

Таблица 5

Анализ результатов использования опросника Кеттелла у пациентов

Факторы	До лечения, средн. X ± m
А (обособленный – общительный)	5,2 ± 0,3
В (оперативность мышления)	6,6 ± 0,2
С (слабость Я – сила Я)	6,1 ± 0,2
Е (конформность – доминантность)	5,3 ± 0,2
F (сдержанность – экспрессивность)	6,1 ± 0,2
G (низкое супер-эго – высокое супер-эго)	6,8 ± 0,2
Н (нерешительность – предприимчивость)	6,1 ± 0,3
I (суровость – мягкосердечие)	3,9 ± 0,3
L (доверчивость – подозрительность)	6,3 ± 0,2
М (практичность – идеалистичность)	6,3 ± 0,3
N (прямолинейность – дипломатичность)	5,9 ± 0,3
О (самоуверенность – самокритичность)	7,3 ± 0,3
Q ₁ (консерватизм – радикализм)	4,5 ± 0,3
Q ₂ (зависимость от группы – самодостаточность)	4,7 ± 0,3
Q ₃ (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль)	4,8 ± 0,2
Q ₄ (низкая эго-напряженность – высокая эго-напряженность)	3,9 ± 0,2

При исследовании взаимосвязей (корреляционный анализ Пирсона) между величинами эстрадиола, кортизола, СТС и ДГТС в группе больных акне выявлены значимая сильная корреляционная связь между некоторыми величинами: корреляция между уровнем кортизола и показателями по шкале В, С и Q₁ теста Кеттелла (положительная), отрицательная между показателями свободного ДГТС, СТС и показателем по шкале А, отрицательная между показателем свободного ДГТС и показателем по шкале N, а также положительная между показателем свободного ДГТС и показателем по шкале В теста Кеттелла, показателем СТС и показателем по шкале Q₁ (см. табл. 6).

Заключение

Таким образом, в группе пациентов 16–19 лет изменения в гормональной системе заключались в повышении уровней ДГТС, повышении сывороточной концентрации кортизола, T₃, в сравнении с группой здоровых лиц. При исследовании взаимосвязей между величинами гормонального статуса (эстрадиола, кортизола, СТС и ДГТС) в группе больных акне выявлена значимая сильная корреляционная связь между показателями гормонов (кортизол, T₃ и ДГТС) и характеристиками личности больных: у них менее выражены терпимость и эмпатия, решительность, открытость, отмечается снижение настроения.

Таблица 6

Значения коэффициентов корреляции Пирсона при исследовании связи между величинами сывороточных уровней гормонов у больных и показателями теста Кеттелла

Показатели	А	В	С	N	Q ₁
Кортизол	-0,22	0,35*	0,34*	-0,28	0,44*
Эстрадиол	0,23	-0,25	-0,21	0,23	-0,41*
СТС	-0,36*	0,24	0,26	-0,22	0,43*
ДГТС	-0,42*	0,40*	0,29	-0,43*	0,22

Примечание: * – достоверно значимая корреляция (p ≤ 0,05).

Литература

1. Ветрова Т.В., Яковлев Е.В., Леонтьев О.В., Гневышев Е.Н. Использование метода прикладной релаксации в коррекции психологического состояния лиц, испытывающих воздействие неблагоприятных акустических факторов труда // Современные медико-психологические проблемы адаптации к экстремальным условиям, Санкт-Петербург, 26–27 декабря 2022 года. СПб.: АНО ВО «Университет при Межпарламентской Ассамблее ЕврАзЭС», 2022. С. 9–12.
2. Горячкина М.В. Роль психоэмоциональных факторов в развитии акне // *Consilium medicum*. 2008. № 2. С. 9–11.
3. Кубанова А.А., Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. [и др.]. Системное лечение тяжелых форм акне: опыт использования изотретиноина в Российской Федерации // *Вестн. дерматол. и венерол.* 2013. № 5. С. 102–113.
4. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Шабардина О.В. Опыт терапии больных среднетяжелыми и тяжелыми акне препаратом Акнекутана // *Вестн. дерматол. и венерол.* 2013. № 1. С. 56–62.
5. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической практике: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2006. 48 с.
6. Самцов А.В. Акне и акнеформные дерматозы. М.: ООО «ЮТКОМ», 2009. С. 32–45.
7. Amichai B., Shemer A., Grunwald M.H. Low-dose isotretinoin in the treatment of acne vulgaris // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006. Vol. 54 (4). Pp. 644–646.
8. Cunliffe W.J., Danby F.W., Dunlap F. [et al.]. Randomised controlled trial of the efficacy and safety of adapalene gel 0,1% and tretinoin cream 0,05% in patients with acne vulgaris // *Eur. J. Dermatol.* 2002. Vol. 12. Pp. 350–354.
9. Del Rosso J.Q., Schmidt N.F. A review of the anti-inflammatory properties of clindamycin in the treatment of acne vulgaris // *Cutis*. 2010. Vol. 85 (1). Pp. 15–24.
10. Dreno B. Assessing quality of life on patients with acne vulgaris: implications for treatment // *Am. J. Clin. Dermatol.* 2006. Vol. 7 (2). Pp. 99–106.
11. Harms M. Isotretinoin: 10 years on // *Dermatology*. 1993. Vol. 186. Pp. 81–82.
12. Lehucher-Ceyrac D., Weber-Buisset M.J. Isotretinoin and acne in practice: a prospective analysis of 188 cases over 9 years // *Dermatology*. 1993. Vol. 186. Pp. 123–128.
13. Mallon E., Newton J.N., Klassen A. [et al.]. The quality of the life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires // *Br. J. Dermatol.* 1999. Vol. 140(4). Pp. 672–676.
14. Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? // *Australas J. Dermatol.* 2013. Vol. 54(3). Pp. 157–162.

Поступила 05.04.2024

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

Для цитирования: Волкова С.В., Ветрова Т.В., Леонтьева М.О., Ионцев В.И. Анализ результатов исследования гормонального статуса и его влияние на индивидуальные психологические особенности личности у пациентов, страдающих акне (*Acne vulgaris*) // *Вестник психотерапии*. 2024. № 90. С. 57–64. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-57-64

Участие авторов: С.В. Волкова – разработка программы, дизайна исследования, расчеты, анализ результатов, написание текста статьи; Т.В. Ветрова – анализ литературы по теме исследования, написание текста статьи; М.О. Леонтьева – редактирование и оформление текста статьи; В.И. Ионцев – сбор первичных данных, перевод статьи.

S.V. Volkova¹, T.V. Vetrova², M.O. Leonteva², V.I. Iontsev²

Analysis of hormonal status study results and its impact on individual psychological personality traits in acne patients (*Acne vulgaris*)

¹ “Happy Faces” clinic “Miracle of the World” (39, Bolshoy Sampsonievsky Ave., St. Petersburg, Russia);

² Institute of Applied Psychoanalysis and Psychology of the University under the IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, Russia)

Svetlana Vladimirovna Volkova – Dermatologist of “Miracle of the World” clinic, “Happy faces” Company (39, Bolshoy Sampsonievsky ave., St. Petersburg, 19444, Russia); e-mail: svolkova78@mail.ru;

✉ Tatiana Vyacheslavovna Vetrova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: doretat@rambler.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7446-5060>;

Mariia Olegovna Leonteva – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of Psychophysiology, Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: lov63@inbox.ru;

Vyacheslav Igorevich Iontsev – PhD Med. Sci., Associate Prof., Department of Psychophysiology, Institute of applied psychoanalysis and psychology of the University the IPA EurAsEC (14/1, Smolyachkova Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: ion-vyacheslav@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3230-807X>

Abstract

Relevance. Acne is one of the most common diseases, affecting up to 85 % of people aged 12 to 25 years and 30–40 % of people over 25 years of age. Severe forms of the disease occur in 5–14 % of cases, which in more than 1/3 of cases requires serious, sometimes long-term treatment by a dermatologist. The psychological aspect of the phenomenon and its impact on daily functioning are still rarely mentioned. However, knowledge of the relationship between psychological status and dermatological disease is necessary for effective acne therapy.

Aim. The purpose of this study is to determine the mutual influence of the influence of hormonal status on individual psychological characteristics of personality in male patients with acne.

Materials and methods. The study involved 58 male patients aged 15–19 years with severe and moderate forms of acne (patient group). The control group consisted of 28 healthy men. The hormonal status of the participants was assessed by measuring serum levels of cortisol, estradiol, prolactin, dihydrotestosterone, free testosterone, T3, and T4.

Analysis of the dynamics of changes in the psychological state of patients suffering from acne was carried out using the 16-factor Cattell questionnaire. Statistical processing of the research results was performed using Microsoft Excel application packages.

Results. In the group of patients aged 16–19 years, changes in the hormonal system consisted of increased levels of DGTS, increased serum concentrations of cortisol, T3, when compared with a group of healthy individuals.

Conclusion. The study revealed significant strong correlations between hormonal status indicators (estradiol, cortisol, STS and DGTS) in a group of patients with acne, a significant strong correlation was revealed between the indicators of hormones (cortisol, T3 and DGTS) and the psychological characteristics of the personality of patients – less pronounced tolerance and empathy, determination, openness, there is a decrease in mood.

Keywords: psychological state, acne, emotional stability, hormonal status.

References

1. Vetrova T.V., YAKovlev E.V., Leont'ev O.V., Gnevyshev E.N. Ispol'zovanie metoda prikladnoj relaksacii v korrekcii psihologicheskogo sostoyaniya lic, ispytyvayushchih vozdeystvie neblagopriyatnyh akusticheskikh faktorov truda [Using the method of applied relaxation in correcting the psychological state of people exposed to adverse acoustic factors at work.]. *Sovremennye mediko-psihologicheskie problemy adaptacii k ekstremal'nym usloviyam* [Modern medical and psychological problems of adaptation to extreme conditions]. St. Petersburg. 2022. P. 9–12. (In Russ.)
2. Goryachkina M.V. Rol' psihoemocional'nyh faktorov v razvitii akne [The role of psycho-emotional factors in the development of acne]. *Consilium medicum*. 2008; (2): 9–11. (In Russ.)
3. Kubanova A.A. Sistemnoe lechenie tyazhelyh form akne: opyt ispol'zovaniya izotretinoina v Rossijskoj Federacii [Systemic treatment of severe forms of acne: experience of using isotretinoin in the Russian Federation]. *Vestnik dermatologii i venerologii* [Bulletin of dermatology and venereology]. 2013; (5): 102–113. (In Russ.)
4. Kungurov N.V. Opyt terapii bol'nyh srednetyazhelymi i tyazhelymi akne preparatom Aknekutan [Experience in treating patients with moderate and severe acne with the drug Aknekutan]. *Vestnik dermatologii i venerologii* [Bulletin of dermatology and venereology]. 2013; (1): 56–62. (In Russ.)
5. Raeva T.V. Psihicheskie rasstrojstva v dermatologicheskoy praktike [Mental disorders in dermatological practice] : abstract dissertation Dr. Med. Sci. Tomsk. 2006. 48 p. (In Russ.)
6. Samcov A.V. Akne i akneformnye dermatozy [Acne and acneiform dermatoses]. Moscow, 2009. Pp. 32–45. (In Russ.)

7. Amichai B. Low-dose isotretinoin in the treatment of acne vulgaris *J. Am. Acad. Dermatol.* 2006; 54(4): 644–646.
 8. Cunliffe W.J., Danby F.W., Dunlap F. [et al.]. Randomised controlled trial of the efficacy and safety of adapalene gel 0,1 % and tretinoin cream 0,05 % in patients with acne vulgaris *Eur. J. Dermatol.* 2002; 12: 350–354.
 9. Del Rosso J.Q. A review of the anti-inflammatory properties of clindamycin in the treatment of acne vulgaris. *Cutis.* 2010; 85(1): 15–24.
 10. Dreno B. Assessing quality of life on patients with acne vulgaris: implications for treatment. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2006; 7(2): 99–106.
 11. Harms M. Isotretinoin: 10 years on. *Dermatology.* 1993; (186): 81–82.
 12. Lehucher-Ceyrac D., Weber-Buisset M.J. Isotretinoin and acne in practice: a prospective analysis of 188 cases over 9 years. *Dermatology.* 1993; (186): 123–128.
 13. Mallon E., Newton J.N., Klassen A. [et al.]. The quality of the life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol.* 1999; 140(4): 672–676.
 14. Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? *Australas. J. Dermatol.* 2013; 54(3): 157–162.
-

Received 05.04.2024

For citing: Volkova S.V., Vetrova T.V., Leontëva M.O., Iontsev V.I. Analiz rezul'tatov issledovaniya gormonal'nogo statusa i ego vliyanie na individual'nye psikhologicheskie osobennosti lichnosti u patsientov, stradayushhikh akneh (Acne vulgaris). *Vestnik psikhoterapii.* 2024; (90): 57–64. **(In Russ.)**

Volkova S.V., Vetrova T.V., Leonteva M.O., Iontsev V.I. Analysis of hormonal status study results and its impact on individual psychological personality traits in acne patients (Acne vulgaris). *Bulletin of Psychotherapy.* 2024; (90): 57–64. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-57-64

О.В. Кольцова¹, П.В. Сафонова², Г.Н. Васильева³,
А.В. Шаболтас⁴, В.Ю. Рыбников⁵

О ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА

¹ Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы
(Россия, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13, лит. А);

² Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179);

³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8);

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9);

⁵ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова
МЧС России (Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2)

Актуальность. ВИЧ-инфекция является инвалидизирующим заболеванием. Люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), с помощью современной антиретровирусной терапии (АРТ) могут значительно продлить свою жизнь и улучшить биологические показатели здоровья. Однако отсутствие специальных реабилитационных мероприятий для ЛЖВ в сочетании с нарастающей коморбидностью, включая нейрокогнитивные расстройства, может привести к прогрессированию патологии, снижению качества жизни. Целью аналитического обзора является изучение направлений и подходов, приемлемых для психологической реабилитации ЛЖВ.

Материалы и методы. В качестве основного метода нами был использован метаанализ. В поисковых системах eLIBRARY.RU, PubMed, APA PsycArticles были выбраны и описаны исследования, посвященные психологической реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией в период развитой и доступной АРТ – с 2012 по 2023 г. Дополнительно при проведении анализа мы также опирались на собственный многолетний практический опыт психологических вмешательств и психологической помощи ЛЖВ.

Результаты. В общей сложности нами была проанализирована 51 работа, из них 19 написаны отечественными авторами и 32 – зарубежными. В отечественных рецензируемых

✉ Кольцова Ольга Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. клинич. психологии, С.-Петерб. гос. ин-т психологии и соц. работы (Россия, 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13, лит. А); e-mail: ovkoltsova@yandex.ru; ORCID 0000-0002-1866-0926; SPIN 1440-8724;

Сафонова Полина Владимировна – канд. психол. наук, мед. психолог отдела профилактики и медико-соц. работы, Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекц. заболеваниями (Россия, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179); e-mail: polinasafonova@mail.ru; ORCID 0000-0002-6962-3914; SPIN 7971-6170;

Васильева Галина Николаевна – аспирант каф. общей и клинич. психологии, Первый С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И. П. Павлова (Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8); e-mail: galya@list.ru; ORCID 0000-0002-5052-9661; SPIN 4002-5330;

Шаболтас Алла Вадимовна – д-р психол. наук, проф., декан фак-та психологии, зав. каф. психологии здоровья и отклоняющегося поведения, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9); e-mail: a.shaboltsas@spbu.ru; ORCID 0000-0002-1966-6924; SPIN 3659-6209;

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р психол. наук, д-р мед. наук, проф., заслуж. деятель науки РФ, зам. директора по науч. и учеб. работе, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины имени А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2); e-mail: medicine@nrcerm.ru; ORCID 0000-0001-5527-9342; SPIN 3720-0458.

научных изданиях и монографиях представлены исследования преимущественно в области инфектологии, медицинской психологии, психологии здоровья, а исследуемая нами тема встречается крайне редко и в большей степени на теоретическом уровне. В связи с этим большая часть проведенного нами анализа касается зарубежных работ, проведенных в разных странах в рамках проблематики психологической реабилитации ВИЧ-инфицированных. Предложена авторская концепция когнитивного тренинга как одной из форм психологической реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Выводы. Психологическая реабилитация пациентов с ВИЧ-инфекцией должна проводиться с учетом осведомленности психолога и пациента о течении ВИЧ-инфекции, лечении, нарушениях когнитивных функций, ВИЧ-ассоциированных заболеваниях, стрессоустойчивости и пр. Пациентам с ВИЧ-инфекцией необходимо рекомендовать регулярное (не реже одного раза в три года) психодиагностическое обследование когнитивных функций, эмоциональной сферы и поведенческих особенностей и дифференцированно предлагать участие в психологических реабилитационных мероприятиях. При подготовке психологов-реабилитологов для работы в системе помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией важно обучать не только психодиагностике, но и консультативным и групповым вмешательствам, повышающим адаптацию пациентов к изменившейся жизненной ситуации (в т.ч. ведению тренинга жизнестойкости и когнитивных тренингов).

Ключевые слова: психологическая реабилитация, ВИЧ-инфекция, когнитивные расстройства, когнитивный тренинг.

Несмотря на улучшение качества и продолжительности жизни благодаря широкому доступу к антиретровирусной терапии (АРТ), люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), сталкиваются с рядом физических, когнитивных, психических и социальных трудностей в связи с ВИЧ-статусом, сочетанными заболеваниями и старением. Понятие реабилитации при ВИЧ-инфекции в методических рекомендациях и практике здравоохранения в Российской Федерации только начинает формироваться [8, 12, 18]. У специалистов, работающих в системе специализированной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, крайне мало опыта в направлении своих пациентов на реабилитацию, в т.ч. в силу барьеров, связанных непосредственно с ВИЧ-статусом. Отсутствуют принятые на уровне Минздрава РФ регламенты и регулятивные акты, а также апробированные алгоритмы и система долгосрочной реабилитации больных с пожизненными инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ или гепатиты В и С. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), под реабилитацией понимается комплекс мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функционирования и ухудшением благополучия вследствие болезней, травм и врожденных дефектов эффективное при-

способление к новым условиям в обществе, в котором они живут [9].

Согласно опубликованным данным 2008–2015 гг. [11, с. 37], в Санкт-Петербурге при установлении инвалидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией ведущими проблемами являлись: неврологические последствия перенесенных оппортунистических инфекций (парезы, параличи) – 29 % случаев; энцефалопатия – 19,5 %; токсоплазмоз – 14 %; вирусные гепатиты – 13,6 %; цитомегаловирусная инфекция – 10 %; полиневропатии – 8,5 %; заболевания сердечно-сосудистой системы – 5,4 %. Как правило, развитие таких недугов или их сочетания выявляются чаще на поздних стадиях ВИЧ-инфекции у пациентов, которые длительное время были инфицированы ВИЧ, но не знали о своем заболевании либо были не привержены диспансерному наблюдению и не начинали своевременно прием АРТ [1]. По данным отечественных и зарубежных исследований, ВИЧ-инфицированные пациенты, особенно в период обнаружения заболевания и в течение длительного периода принятия и психологической адаптации к болезни, характеризуются высоким уровнем тревожности, депрессии, сниженной самооценкой, отсутствием навыков эффективного взаимодействия как с медицинской системой, так и с окружаю-

щими людьми, снижением навыков адаптации и ресоциализации и другими негативными чертами, что в совокупности может играть отрицательную роль в формировании ключевых факторов эффективности лечения – приверженности терапии и выработки устойчивых навыков здоровьесберегающего поведения [19]. Неслучайно, признавая поражение центральной нервной системы и нарушение психического статуса характерными проявлениями ВИЧ-инфекции, авторы руководства «Психологические аспекты медицинской реабилитации» при описании форм психологической помощи в рамках реабилитации при ВИЧ-инфекции на первое место ставят информирование при обследовании на ВИЧ-инфекцию [12, с. 283–284]. Предлагаемый авторами алгоритм включает следующие мероприятия:

- дотестовое и послетестовое психологическое консультирование при обследовании на ВИЧ-инфекцию;

- индивидуальная психотерапия, психологическое консультирование для пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых обнаружен невротический, в т.ч. и депрессивный, уровень реагирования на наличие заболевания;

- индивидуальная психотерапия, психологическое консультирование для пациентов на любой стадии заболевания, направленные на формирование адаптивных форм реагирования на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях внутренней картины здоровья; коррекция внутри- и межличностных отношений;

- семейная психотерапия с целью коррекции внутрисемейных отношений и трудностей, возникших в связи с заболеванием члена семьи.

На наш взгляд, эта схема позволяет идентифицировать пациентов с доклиническими (субклиническими) формами заболевания, в случае которых без медицинского вмешательства у ЛЖВ могут возникнуть негативные биологические, психологические и социальные последствия. Однако в эту схему не включены вмешательства, отвечающие на повреждающее воздействие ВИЧ-инфекции, которые в совокупности с оппортунистиче-

скими заболеваниями истощают нервную систему и приводят к снижению когнитивных функций больных [17, 21].

Э.И. Аухадеев, выделяет несколько направлений реабилитации в здравоохранении. На первое место, не без основания, автор ставит так называемую «ноореабилитацию (восстановление интеллекта и свойств, которые лежат в его основе)», которой отводится «ведущее направление в связи с тем, что именно от интеллектуальных свойств, их сохранности и уровня зависит многое, связанное с осмыслением пациентом всех других направлений реабилитации, методов их реализации». На второе место автор классификации поставил «психореабилитацию», под которой подразумевается «сохранение и восстановление психических функций индивида (эмоциональной, волевой и др.)» [9, с. 31]. А.Н. Разумов, говоря о психологическом аспекте реабилитации, вполне обоснованно указывает на то, что именно психические изменения, вызванные болезненным состоянием, в половине случаев «могут свести на нет усилия специалиста-реабилитолога» и помешать возвращению пациента к профессиональной деятельности [9].

И.И. Мамайчук, рассуждая о психологическом направлении в составе индивидуальной программы реабилитации лиц с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями, первостепенное значение придает коррекции психического состояния пациента, а также формированию его положительного отношения к лечению, врачебным рекомендациям, выполнению реабилитационных мероприятий [7, с. 31–32].

В коллективной монографии В.А. Епифанова с коллегами, посвященной описанию комплексной медико-социальной реабилитации при инфекционных заболеваниях, медицинскую реабилитацию пациентов с ВИЧ-инфекцией предлагается рассматривать как составную часть единого лечебно-реабилитационного процесса и проводить «в соответствии с клиническими протоколами лечения и медицинской реабилитации, преобладающей в единой картине патологии» [8, с. 285]. В «Клинических ре-

комендациях «ВИЧ-инфекция у взрослых», утвержденных Минздравом Российской Федерации в 2023 г., в главе 4 «Реабилитация», есть единственная фраза: «Реабилитация пациентов проводится по стандартам лечения и реабилитации тех вторичных заболеваний, которые выявляются у пациента, в зависимости от поражения органов/систем организма». Таким образом, предлагается использовать стандарты и алгоритмы реабилитации, не учитывающие специфику ВИЧ-инфекции как болезни, а также всю совокупность специфических сложностей адаптации и реабилитации ЛЖВ.

По данным эпидемиологических исследований [11, с. 27], прослеживая эволюцию коморбидных форм в России от начала эпидемии ВИЧ/СПИД до настоящего времени, можно выявить следующую динамическую последовательность: мономорбидность (ВИЧ); коморбидность (ВИЧ + наркозависимость); триморбидность (ВИЧ + наркозависимость + хронический гепатит С); мультиморбидность (ВИЧ + наркозависимость + хронический гепатит С + оппортунистические инфекции + туберкулез). На современном этапе развития эпидемии мультиморбидность в основном представлена следующими сочетаниями: ВИЧ + хронический гепатит С + оппортунистические инфекции + туберкулез + соматическая и неврологическая симптоматика. К какой же клинической популяции необходимо в первую очередь отнести мультиморбидного пациента с ВИЧ-инфекцией? Что нужно восстанавливать или компенсировать? Какие приоритетные мишени должен определить для себя специалист психолог в ходе работы и сопровождения пациента с ВИЧ-инфекцией?

Необходимость включения реабилитационных мероприятий и психологического сопровождения в систему комплексной медико-социально-психологической помощи при ВИЧ-инфекции в нашей стране давно назрела. В связи с потребностью ускорения (облегчения) процесса адаптации к меняющейся в результате болезни жизненной ситуации пациентов с ВИЧ-инфекцией, в данной работе нами была поставлена цель – изучить

различные направления и подходы, приемлемые для использования в рамках психологической реабилитации таких лиц.

Материалы и методы

В качестве основного метода нами был использован метаанализ. В поисковых системах eLIBRARY.RU, PubMed, APA PsycArticles были выбраны и описаны исследования, посвященные психологической реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией в период развитой и доступной АРТ – с 2012 по 2023 г. Дополнительно при проведении анализа мы также опирались на собственный многолетний практический опыт психологических вмешательств и психологической помощи ЛЖВ. Более подробно в работе описан опыт разработки и использования программы когнитивного тренинга для людей, живущих с ВИЧ, имеющих легкие и умеренные когнитивные расстройства, основанного на персонализированном подходе.

Результаты и их обсуждение

В общей сложности нами была проанализирована 51 работа, из них 19 написаны отечественными авторами и 32 – зарубежными. В отечественных рецензируемых научных изданиях и монографиях, в которых представляются работы в области инфектологии, медицинской психологии, психологии здоровья, исследуемая нами тема встречается крайне редко и представлена в большей степени на теоретическом уровне. В этой связи большая часть проведенного нами анализа касается зарубежных работ, выполненных в разных странах в рамках проблематики психологической реабилитации ВИЧ-инфицированных. Исторически реабилитация развивалась преимущественно эмпирически, в рамках медицинских и социальных мероприятий, например при оказании помощи больным с последствиями инфекционных заболеваний, что касалось прежде всего туберкулеза [2]. Однако международный опыт показывает, что в рамках реабилитации развиваются и профилактические направления

(снижающие последствия от заболевания, которые ведут к инвалидности) [6, с. 55]. Например, ряд авторов считают, что в контексте ВИЧ-инфекции реабилитация – это непрерывный процесс поддерживающей терапии, который включает в себя как профилактику, так и лечение [25, 27, 45]. По мнению исследователей и специалистов, оказывающих помощь в сфере лечения ВИЧ-инфекции, реабилитационная помощь охватывает нарушения физической активности [20, 32, 48, 31], снижение социальной активности, включая профессиональную [26, 37, 51], когнитивные [23, 28, 49, 50] и психоэмоциональные нарушения [43] – при этом учитывается в т.ч. старение когорты пациентов с ВИЧ [50, 40] – и может реализовываться с использованием дистанционных технологий [34, 35, 29, 42.], а также на дому из-за трудностей с мобильностью или удаленности от медицинских учреждений [24, 25, 36].

В одном из исследований десятилетней давности, проведенном в Волгограде и Волгоградской области, признается необходимость проведения «комплексных реабилитационных мероприятий» с оговоркой, что «данная терминология не является широко употребляемой в отношении междисциплинарного ведения случая ВИЧ-инфекции» [18].

Степанова Е. В. с коллегами проанализировали случаи установленной инвалидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Они сообщают в статье, вышедшей в начале 2022 года, что первичная инвалидность при ВИЧ-инфекции в последние годы характеризуется значительным ростом, тяжелыми последствиями, приводящими к нарушению жизнедеятельности, полной утратой трудоспособности и отсутствием возможности реабилитации [13].

Согласно «Классификации коморбидных заболеваний и состояний при ВИЧ-инфекции по причинам и условиям их развития» [11, с. 37], к заболеваниям и синдромам, обусловленным прямым воздействием ВИЧ на органы и системы и непосредственно определяющим нарушения психического здоровья, относятся ВИЧ-энцефалопатия, ВИЧ-полинейропатии, ВИЧ-когнитивные

нарушения, а также выявленные в анамнезе (до инфицирования ВИЧ) нарушения, такие как психические заболевания (в т.ч. зависимость от психоактивных веществ), характер течения которых под влиянием ВИЧ-инфекции усугубляется. Косвенное влияние на психику ВИЧ-инфицированного пациента могут иметь заболевания, развившиеся в результате ВИЧ-обусловленной иммуносупрессии и сопутствующих инфекций, такие как туберкулез и микобактериозы, хронические гепатиты (и их лечение); онкологические заболевания (и их лечение). Опосредованное влияние на психическое здоровье могут иметь заболевания неинфекционной природы, потенцируемые ВИЧ-обусловленным воспалением, например сахарный диабет, а также нейротоксическое действие лекарств, обусловленное проведением антиретровирусной терапии и лечением сопутствующих заболеваний.

Национальный опрос специалистов-реабилитологов, проведенный в Канаде, показал, что 61 % участников опроса никогда не работал с пациентами с известным ВИЧ-статусом и лишь некоторые специалисты, работающие в области лечения ВИЧ-инфекции, направляют своих пациентов на реабилитацию. По данным исследования, также проведенного в Канаде еще в 2004 году, 80 % ЛЖВ отметили, что хотя бы раз сталкивались с эпизодом инвалидности, т.е. ограничением активности или участия в общественной жизни. Эпизодами инвалидности считаются непредсказуемые периоды болезни и хорошего самочувствия во временной перспективе. Эпизоды инвалидности могут усугубляться внешними факторами (стигмой, отсутствием социальной поддержки) и внутренними факторами (возрастом, коморбидностью), что усложняет характер и степень инвалидности, с которой сталкиваются ЛЖВ [38, 46]. Другое, более позднее исследование, проведенное в 2014 г. также в Канаде, выявило следующее: 34 % ЛЖВ живут, имея хотя бы еще одно физическое заболевание, и 39 % – с психическими нарушениями. Мультиморбидность, т.е. сочетание физического и психического нарушения по-

мимо ВИЧ-инфекции, с возрастом увеличивается – в среднем отмечалась в 16 % случаев. Возрастные пациенты с ВИЧ могут иметь дополнительные трудности из-за старения, стигмы, психического здоровья, недостатка денег и социальной поддержки [39, 47].

Качественное исследование, проведенное среди ЛЖВ, получающих лечение в клинике в Дублине (Ирландия, 2021), с использованием полуструктурированных интервью позволило выявить и описать проблемы, связанные со здоровьем ЛЖВ, а также степень, в которой эти проблемы носили эпизодический характер, и их влияние на общее состояние здоровья. 12 участников (9 мужчин; 3 женщины), у которых средний срок с момента постановки диагноза ВИЧ составил 12 лет, описали многомерные и эпизодические проблемы со здоровьем, которые содержали аспекты инвалидности в рамках концепции эпизодической инвалидности, включая физические, когнитивные и психоэмоциональные нарушения, проблемы с социальной интеграцией, а также неопределенность или беспокойство по поводу будущего здоровья. Контекстуальные факторы, усугублявшие инвалидность, включали стигматизацию и страх раскрытия информации о ВИЧ, в то время как эффективные жизненные стратегии (образ жизни, позитивное мировоззрение, жизнестойкость) и социальная поддержка (семья, друзья, медицинские службы и поставщики услуг) смягчали инвалидность. Исследователи сделали выводы, что контекстуальные факторы имеют решающее значение для понимания межкультурных различий в опыте инвалидности в различных политических, экономических, социокультурных и экологических контекстах и должны учитываться специалистами по реабилитации при решении проблем инвалидности людей с ВИЧ [41].

В работе Juengst S. с коллегами приняло участие 75 человек: 52 ВИЧ-позитивных и 23 ВИЧ-негативных из группы риска заражения ВИЧ. Каждый участник проходил психосоциальное интервью, заполнял опросник оценки собственного функционирования (РАОФ) и нейропсихологические тесты для из-

учения связи между осознанием когнитивных нарушений и возрастом, отдельными расстройствами настроения, а также типом и тяжестью когнитивных нарушений в выборке лиц с ВИЧ/СПИДом и подверженных риску заражения ВИЧ. Исследователи пришли к выводу, что нарушение осознанности имело связь с ухудшением результатов теста, что позволяет предположить взаимосвязь между осознанностью, устойчивым комплексным вниманием и зрительно-пространственной обработкой. Это исследование имеет значение для понимания факторов, способствующих снижению осознанности у людей с когнитивными нарушениями. Лица с ВИЧ или подвергающие себя риску заболеть имеют острую потребность, которую могли бы удовлетворить специалисты по реабилитации, обладающие опытом оценки и лечения нарушений самосознания [33].

Нейрокогнитивное расстройство, связанное с ВИЧ, является одним из сопутствующих заболеваний с высокой распространенностью и может влиять на качество жизни и повседневное функционирование. Такой вывод был сделан после проведения качественного исследования с участием 16 женщин, у которых были выявлены нейрокогнитивные проблемы, связанные с ВИЧ, и теоретического анализа результатов с использованием Международной классификации функционирования (ICF) для переосмысления данных с точки зрения инвалидности. Участницы данного исследования воспринимали когнитивные нарушения (например, потерю памяти, трудности с многозадачностью) и ограничения участия (например, касающихся воспитания детей, рабочих ролей), возникающие в результате их нейрокогнитивных проблем, как оказывающие большее влияние на их повседневную жизнь, чем ограничения активности (например, трудности с выполнением домашних обязанностей). Участницы придерживались противоположных взглядов на воспитание детей: женщины с детьми черпали силу в этом процессе, в то время как женщины без детей беспокоились, что такая активность может поставить под угрозу их здоровье. Участие в трудовой дея-

тельности и волонтерстве рассматривалось как неотъемлемая часть решения нейрокognитивных проблем и здоровья в целом. Это исследование показывает, что нарушения, с которыми сталкиваются женщины с нейрокognитивными проблемами, связанными с ВИЧ, ведут к целому ряду ограничений, которые необходимо устранять путем реабилитации [30].

Becker J.T. и соавторы предполагают, что когнитивные функции у ЛЖВ можно улучшить с помощью программ когнитивной стимуляции через Интернет. Целесообразность программы когнитивной стимуляции (CSP) для улучшения результатов нейропсихологических тестов при ВИЧ-инфекции была подтверждена при оценке ее эффективности с участием 60 пациентов с ВИЧ. В исследовании приняли участие шестьдесят добровольцев (30 ВИЧ-инфицированных). После участия в программе основным результатом было изменение результатов нейропсихологического теста в соответствии с глобальным рейтингом нарушений; вторичные результаты включали шкалы настроения (краткий перечень симптомов) и оценки качества жизни (обзор медицинских результатов – ВИЧ). 52 участника (87 %) завершили все 24 недели исследования, и 54 % участников группы CSP успешно воспользовались системой через доступ в Интернет из своего дома или другого места. Была выявлена значительная взаимосвязь между частотой использования и учебным визитом, так что участники, которые использовали программу наиболее часто, показали более значительные улучшения когнитивных функций. Подобная программа когнитивной стимуляции может улучшить когнитивные функции ЛЖВ и таким образом повлиять на развитие инвалидности, ее тяжесть и реабилитационный потенциал [22].

Обсуждая вопрос о том, насколько применимы к пациентам с ВИЧ-инфекцией общие критерии эффективности реабилитации (предупреждение инвалидизирующих последствий заболеваний и пр.), ряд исследователей считают, что, поскольку в настоящее время невозможно достичь полного

выздоровления, итогами реабилитационного процесса следует считать восстановление личного и социального статуса пациента, т.е. предупреждение и коррекцию психотравмирующих последствий диагноза ВИЧ-инфекции и стигматизирующего влияния ВИЧ-инфекции на межличностные отношения на работе и в семье [8, 16].

Н.А. Беляков и коллеги [11, с. 37], опираясь на многолетний опыт работы в клинической практике ВИЧ-инфекции, считают, что «существующая система реабилитации в РФ в целом не адаптирована к пациентам инфекционного профиля, не позволяет в полной мере своевременно организовать достаточный объем амбулаторных реабилитационных программ для тяжелобольных и инвалидов». В связи с тем, что подготовка специализированной помощи для проведения реабилитации и сопровождения пациентов требует немало времени, отдельных административных решений и программ (в т.ч. по подготовке специалистов), предлагается внедрить стратегию персонализированного подхода к наблюдению и лечению больного с ВИЧ-инфекцией и коморбидными состояниями.

Психологами отделения медицинской и социальной психологии на базе специализированного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными заболеваниями в Санкт-Петербурге (далее – Центр СПИД) с 2006 г. разработан и внедрен в практику целый ряд психологических вмешательств, способствующих адаптации пациентов с ВИЧ-инфекцией. На основании практики психологической работы можно сделать вывод, что для оказания «универсальной» психологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам важна не столько базовая специальность психолога (полученная в рамках основного профессионального образования), сколько его компетентность в принципиальных специфических вопросах профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Знания о течении инфекционного заболевания, его профилактике, особенностях терапии психологи способны осваивать на рабочем месте

в Центрах СПИД. Проводить консультирование до и после теста на наличие антител к ВИЧ (в т.ч. кризисное консультирование, коррекцию поведенческих рисков), консультирование по вопросам приверженности диспансерному наблюдению и лечению, принимать участие в социальном и психологическом сопровождении могут психологи любого профиля. Травматическое влияние ВИЧ-инфекции у ЛЖВ в первую очередь детерминирует агрессивное поведение, затруднения в осмыслении происходящего, потерю бдительности и уверенности в себе. Проблемы психического здоровья среди пациентов с ВИЧ-инфекцией имеют массовый характер, часто обусловлены стигмой и дискриминацией и могут возникать на любой стадии заболевания.

По результатам исследования ВИЧ-инфицированных пациентов, принявших участие в тренинге жизнестойкости [14], было обнаружено, что ВИЧ-инфекция для них является травматическим событием, которое затрагивает когнитивно-поведенческие и эмоциональные аспекты психики. Участие в тренинге жизнестойкости многие считают приемлемой формой повышения устойчивости к стрессу и преодоления кризиса, изменения отношения к будущему.

Приоритет в лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующих соматических заболеваний может маскировать риски развития психической патологии, которая без должного вмешательства может принять необратимый характер. Поэтому в оказании комплексной клиничко-диагностической и терапевтической помощи ВИЧ-инфицированным должны участвовать медицинские (клинические) психологи. Психодиагностический скрининг необходимо проводить до начала АРТ и через определенные промежутки времени, а также в случае срыва терапии. ВИЧ-инфицированные пациенты с низкой приверженностью лечению ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний нуждаются в психологической коррекции, направленной на формирование навыков совладания в периоды критических жизненных перемен. Во время психологического консультирова-

ния важно обсуждать с пациентами риски развития когнитивных нарушений на фоне ВИЧ-инфекции и создавать стимулы к развитию когнитивного резерва, формировать реабилитационную приверженность [3, 4, 10]. Но еще более важно организовывать и предлагать вмешательства, направленные на коррекцию когнитивных функций.

Не так давно появилась реабилитационная психология – специализированная область психологии, которая фокусируется на изучении и применении психологических знаний и навыков в интересах людей с ограниченными возможностями и хроническими заболеваниями для максимизации здоровья и благополучия, независимости и выбора, функциональных способностей и участия в социальной жизни [44]. Но в недавно начавшем свою деятельность специальном американском журнале «Реабилитационная психология» мы не нашли ни одной работы, посвященной целевой группе ЛЖВ. Этот пробел необходимо восполнить.

Когнитивный тренинг для людей, живущих с ВИЧ, в системе лечебно-реабилитационных мероприятий

В течение двух лет нами ведется работа по созданию и апробации программы когнитивного тренинга для людей, живущих с ВИЧ. Основной целью программы является коррекция когнитивных нарушений в контексте комплексной психологической реабилитации ЛЖВ. Формат программы представляет собой систему групповых занятий, сопровождающихся периодической оценкой когнитивных функций и эмоционального состояния каждого участника индивидуально с отслеживанием изменений в динамике. Группа открытая как для мужчин, так и для женщин, проводится двумя консультантами. Продолжительность занятия – два астрономических часа. Периодичность – один раз в неделю по субботам.

В рамках апробации программы специалисты по психическому здоровью Центра СПИД рекомендуют участие в тренинге при наличии у ВИЧ-инфицированных пациен-

тов легких и умеренных когнитивных нарушений. Программа тренинга реализуется волонтерами – клиническими психологами, выступившими инициаторами и ведущими когнитивного тренинга, при поддержке общественной организации «Фавор», предоставившей помещение за пределами Центра СПИД.

Модель тренинга включает следующие компоненты: 1) психодиагностическое обследование на «входе» и «выходе»; 2) использование разнообразных техник для тренировки внимания, памяти, мышления, речи; 3) применение заданий-индикаторов, которые позволяют проводить мониторинг и оценивать динамику изменений; 4) получение обратной связи от участников; 5) внесение необходимых изменений в тренинг; 6) обсуждение с каждым участником его личных результатов. В случае возникновения острых эмоциональных реакций с участником индивидуально проводится кризисное консультирование.

Формулировка участниками своих индивидуальных целей помогает поддерживать мотивацию к участию в тренинге: «восстановить память, внимание, чтобы работать»; «для профилактики снижения... эмоции мешают»; «иногда сложно выразить, то о чем думаешь, это мешает общению, ограничивает его»; «чтобы улучшить память: имена – помнить, плохое – забывать»; «я работаю с детьми и хочу, чтобы и с нами кто-то занимался»; «восполнить дефицит внимания»; «стала забывать о простых бытовых делах, например сварить кашу собакам»; «чтобы не тупить»; «чтобы понимать друг друга, общаться, помогать людям».

По состоянию на февраль 2024 г. в апробации программы принял участие 41 человек с разной степенью активности участия, средний возраст – 46,4 года (от 33 до 65 лет); 56 % – женщины. Участники программы узнали о диагнозе «ВИЧ-инфекция» от 1 до 21 года назад. Незначительное и умеренное снижение слуховой кратковременной памяти отмечено у 46,9 % участников, выраженное снижение памяти – у 18,8 %. Структура мышления не нарушена, но модус мысли-

тельной деятельности крайне неустойчив, что может свидетельствовать об истощаемости мыслительной деятельности. Эффективность функции внимания оказалась в норме у 72,2 % участников. Тестирование по шкале выраженности психопатологических состояний (SCL-90-R) по результатам опроса 33 участников в среднем указывает на значительное превышение нормативных показателей по всем подшкалам. По результатам тестирования после завершения восьми занятий можно говорить об улучшении функционирования, что является темой обсуждения личных достижений с каждым участником персонально. Диагностика иррациональных установок по методике Эллиса показала преобладание «катастрофизации» и «долженствования в отношении себя». То есть участникам тренинга свойственно оценивать каждое неблагоприятное событие как ужасное и невыносимое и предъявлять чрезмерно высокие требования к себе.

20 пациентов, продолжительно участвующих в тренинге, прошли дополнительное тестирование по стандартизированному многофакторному методу исследования личности (СМИЛ/ММРП). Исследование показало, что в 58,8 % случаев преобладают высокие (выше 70 Т-баллов) показатели по 8-й шкале («индивидуалистичность»), в 47,1 % – по 4-й шкале («импульсивность»), в 41,2 % – по 2-й шкале («пессимистичность») и в 35,3 % – по 7-й шкале («тревожность»). В сравнении с обследованием по методике СМИЛ 105 ВИЧ-инфицированных пациентов, получивших психологическую помощь в период 2003–2009 гг. [5], доля пациентов, имеющих высокие показатели по 8-й шкале, составила 35,2 %, по 4-й шкале – 23,8 %, по 2-й шкале – 7,6 % и по 7-й шкале – 2,9 %, что существенно ниже показателей постоянных участников когнитивного тренинга. Знание личностных особенностей участников может отчасти объяснить поведение пациентов, которые поддерживают непрерывность реабилитации, хотя это стоит им больших усилий. Л. Собчик интерпретирует высокие показатели по шкале «индивидуалистичность» как особенно своеобразную (все между собой

мало чем похожи, разве только тем, что труднее всех адаптируются к жизни, отличаются своеобразием мотивации). Лиц, имеющих высокие показатели по 8-й шкале СМИЛ, ошибочно оценивают как стрессоустойчивых (то, что тревожит большинство других людей, в их иерархии ценностей занимает крайне незначительное место; если же заветными оказываются их истинные ценности, то выявляется чрезвычайно низкая стрессоустойчивость и дезадаптация протекает по наиболее иррациональному варианту) [15]. Высокая депрессивность (2-я шкала), тревожность (7-я шкала) и сниженная способность к социальной адаптации, импульсивность (4-я шкала) могут проявляться внезапными эмоциональными вспышками, выдающимися кризисные состояния, требующие немедленного реагирования со стороны психолога. Участник без объяснения причин в середине занятия может вскочить с места и покинуть занятие. Своевременная индивидуальная помощь помогает преодолеть кризисное состояние и вернуться в группу.

Таким образом, пациенты нуждаются в индивидуальном подходе. Объединенные общими целями, они продуктивно работают в группе.

Развитие концепции когнитивного тренинга как одной из форм психологической реабилитации для пациентов с ВИЧ-инфекцией продолжается. В дальнейшем тренинг может быть адаптирован для использования как в стенах инфекционной больницы, так и в амбулаторных условиях поликлиник и центров реабилитации.

Заключение

Таким образом, несмотря на достигнутый прогресс в борьбе с ВИЧ-инфекцией, она остается неизлечимым, хроническим заболеванием, а психическое здоровье ВИЧ-инфицированных остается недооцененным, малоизученным и требует разработки программ, включающих долгосрочные психологические вмешательства для пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Психологическая реабилитация пациентов с ВИЧ-инфекцией должна проводиться с учетом осведомленности психолога и пациента о течении заболевания, лечении, нарушениях когнитивных функций, ВИЧ-ассоциированных заболеваниях, стрессоустойчивости и пр. Пациентам с ВИЧ-инфекцией необходимо рекомендовать регулярные обращения к психологу – не реже одного раза в три года – и предлагать психологическую помощь при выявлении первых «эпизодов инвалидности» или раньше. Протокол психодиагностического обследования, помимо анамнестического интервью, должен включать оценку когнитивных функций, эмоциональной сферы и поведенческих особенностей. Психологический инструментарий позволяет охарактеризовать структурные свойства личности (уравновешенность/неуравновешенность отдельных компонентов личности, устойчивость, зрелость личности), которые играют большую роль в формировании реабилитационной приверженности, противодействию факторам стигматизации. Расширенная и регулярная психодиагностика должна идти в ногу с развитием психологических вмешательств, направленных на восстановление/компенсацию когнитивных функций (когнитивный тренинг, когнитивная стимуляция), принятие диагноза (тренинг жизнестойкости), совладание в кризисных ситуациях, межличностных конфликтах. Обсуждение выявленных нарушений поможет пациентам совместно со специалистами определить форму и объем психологической помощи. При подготовке психологов-реабилитологов для работы в системе помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией важно обучать будущих специалистов не только психодиагностике, но и консультативным и групповым вмешательствам, повышающим адаптацию пациентов к изменившейся жизненной ситуации (в т.ч. ведению тренинга жизнестойкости и когнитивных тренингов).

Результаты данной работы открывают перспективы для развития исследований и практики в области психологической реабилитации ЛЖВ.

Литература

1. Беляков Н.А., Рассохин В.В. Коморбидные состояния при ВИЧ-инфекции. Часть III. Соматические заболевания и расстройства. СПб.: Балт. мед. образ. центр. 2018. 252 с.
2. Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В. [и др.]. Модель психологической реабилитации больных с туберкулезом легких в условиях стационара // *Туберкулез и болезни легких*. 2018. Т. 96, № 4. С. 12–19. DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-12-19
3. Кольцова О.В. Психологическая помощь ВИЧ-инфицированным пациентам в Санкт-Петербургском Центре СПИД: история и современность // *Журнал инфектологии*. 2021. Т.13, № 4, С. 121–126. DOI: 10.22625/2072-6732-2021-13-4-121-126
4. Кольцова О.В. Значение медицинской психологии в оказании комплексной клинико-диагностической и терапевтической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам // *Материалы международной научно-практической конференции. «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии»*. М., 2020. С. 700–702.
5. Кольцова О.В., Сафонова П.В., Рыбников В.Ю., Штерн М.А. Личностные особенности и поддержание непрерывности лечения у ВИЧ-инфицированных пациентов // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16: психология, педагогика*. 2013. Вып. 4. С. 49–59.
6. *Клиническая психология: энциклопедический словарь* / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. 2-е изд. М.: Практическая медицина, 2016. 608 с.
7. Мамайчук И.И. Психологическая экспертиза в практике медицинского психолога. Часть 1. Психологическая экспертиза в системе здравоохранения и образования: учебн. пособие. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2017. 144 с.
8. Медико-социальная реабилитация после инфекционных заболеваний: монография / В.А. Епифанов, Н.Д. Ющук, А.В. Епифанов [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 560 с. DOI: 10.33029/9704-5915-7-2020-MSR-I-560
9. *Медицинская реабилитация: учебник* / под ред. В.А. Епифанова, А.Н. Разумова, А.В. Епифанова. 3-е изд., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 688 с. DOI: 10.33029/9704-7488-4-4MRS-2023-1-688
10. Морозова Е.В. Алексанин С.С. Реабилитационная приверженность и совладание личности с кризисной ситуацией инвалидизирующей болезни // *Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2022. № 204. С. 502–512. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2022.2.p502-512
11. *Персонализированная ВИЧ-медицина* / под ред. Н.А. Белякова. СПб.: Балт. мед. образов. центр, 2020. 326 с.
12. *Психологические аспекты медицинской реабилитации: учебн. пособие* / под ред. Е.Е. Ачкасовой, Н.Д. Твороговой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 352 с.
13. Степанова Е.В., Леонова О.Н., Бузунова С.А. Анализ установленной группы инвалидности у пациентов с ВИЧ-инфекцией // *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2022. № 1. С. 46–52. DOI: 10.18565/epidem.2022.12.1.46-52
14. Савченко Г.Н., Кольцова О.В. Тренинг жизнестойкости для ВИЧ-инфицированных женщин // *ВИЧ-инфекция иммуносупрессии*. 2020. Т. 12, № 3. С. 111–119. DOI: 10.22328/2077-9828-2020-12-3-111-119
15. Собчик Л.Н. СМЛЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь, 2009. 224 с.
16. Углева Е.М., Орел В.И. Профиль инвалида с ВИЧ-инфекцией 18 лет и старше с позиций Международной классификации функционирования // *Физическая и реабилитационная медицина*. 2023. Т. 5, № 1. С. 83–97. DOI: 10.26211/2658-4522-2023-5-1-83-97
17. Хохлова Г.Н., Кольцова О.В., Исаева Е.Р. [и др.]. Когнитивный тренинг как технология защиты и восстановления функций центральной нервной системы у пациентов с инфекционной патологией // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2023. Т. 15, № 2. С. 19–36. DOI: 10.22328/2077-9828-2023-15-2-19-36
18. Чернявская О.А., Иоанниди Е.А. Тип отношения к болезни людей, живущих с ВИЧ, как предиктор их личностного реабилитационного потенциала // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2015. Т. 7, № 3. С. 75–79.
19. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. 2-е изд., перераб. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2022. 536 с.
20. Alebel A., Wagnew F. Essay in Rehabilitation of Patients Living with HIV/AIDS // *Rehabilitation Sciences*. 2017. Vol. 2, N. 1. Pp. 1–5. DOI: 10.11648/j.rs.20170201.11
21. Alford K., Daley S., Banerjee S. [et al.]. Quality of life in people living with HIV-associated neurocognitive disorder: A scoping review study // *PLoS One*. 2021. Vol. 16 (5). e0251944. DOI: 10.1371/journal.pone.0251944
22. Becker J.T., Dew M.A., Aizenstein H.J. [et al.]. A pilot study of the effects of internet-based cognitive stimulation on neuropsychological function in HIV disease // *Disability and Rehabilitation*. 2012. Vol. 34, Iss. 21. Pp. 1848–1852.
23. Chan T., Marta M., Hawkins C. [et al.]. Cognitive and Neurologic Rehabilitation Strategies for Central Nervous System HIV Infection // *Review Curr HIV/AIDS Rep*. 2020 Oct. Vol. 17 (5). Pp. 514–521. DOI: 10.1007/s11904-020-00515-0

24. Cobbing S., Hanass-Hancock J., Myezwa H. Home-based rehabilitation interventions for adults living with HIV: a scoping review // *Afr J AIDS Res*. 2016. Vol. 15 (1). Pp. 77–88. DOI: 0.2989/16085906.2016.1159968
25. Cobbing S., Chetty V., Hanass-Hancock J. [et al.]. Knowing I can be helpful makes me feel good inside, it makes me feel essential: community health care workers' experiences of conducting a home-based rehabilitation intervention for people living with HIV in KwaZulu-Natal, South Africa // *AIDS Care*. 2017 Oct. Vol. 29 (10). Pp. 1260–1264. DOI: 10.1080/09540121.2017.1290208
26. Conyers L.M., Boomer K.B. Examining the role of vocational rehabilitation on access to care and public health outcomes for people living with HIV/AIDS. Comparative Study // *Disability and Rehabilitation*. 2014. Vol. 36 (14). Pp. 1203–1210. DOI: 10.3109/09638288.2013.837968
27. Conyers L.M., Boomer K.B. Validating the client-focused considering work model for people living with HIV and quantifying phases of change of commitment to work // *Disability and Rehabilitation*. 2017. Vol. 39, Iss. 11. Pp. 1087–1096.
28. Elendu C., Aguocha M.C., Okeke C.V. [et al.]. HIV-related neurocognitive disorders: Diagnosis, Treatment, and Mental Health Implications: A Review // *Medicine (Baltimore)*. 2023 Oct 27. Vol. 102(43). e35652. DOI: 10.1097/MD.0000000000003562.
29. Ezeamama A.E., Sikorskii A., Sankar P.R. [et al.]. Computerized Cognitive Rehabilitation Training for Ugandan Seniors Living with HIV: A Validation Study // *J. Clin. Med*. 2020 Jul 7. Vol. 9 (7). P. 2137. DOI: 10.3390/jcm9072137
30. Gallagher S., Biro S., Creamer E. [et al.] "It's a hidden issue": exploring the experiences of women with HIV-associated neurocognitive challenges using a disability framework // *Disability and Rehabilitation*. 2013. Vol. 35, Iss. 1. Pp. 36–46 DOI: 10.3109/09638288.2012.687029
31. Gomes-Neto M., Saquetto M.B., Alves I.G. [et al.]. Effects of Exercise Interventions on Aerobic Capacity and Health-Related Quality of Life in People Living With HIV/AIDS: Systematic Review and Network Meta-Analysis // *PhysTher*. 2021 Jul 1. Vol. 101 (7). p. pzab092. DOI: 10.1093/ptj/pzab092
32. Ibeneme S. C., Uwakwe V.C., Myezwa H. [et al.]. Impact of exercise training on symptoms of depression, physical activity level and social participation in people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis // *BMC Infect Dis*. 2022 May 16. Vol. 22 (1). P. 469. DOI: 10.1186/s12879-022-07145-4
33. Juengst S., Skidmore E., Pramuka M. [et al.]. Factors contributing to impaired self-awareness of cognitive functioning in an HIVpositive and at-risk population // *Disability and Rehabilitation*. 2012. Vol. 34, Iss. 1. Pp. 19–25. DOI: 10.3109/09638288.2011.587088
34. Lau B., Sharma I., Manku S. [et al.]. Considerations for developing and implementing an online community-based exercise intervention with adults living with HIV: a qualitative study // *BMJ Open*. 2022 Apr 15. Vol. 12 (4). e059294. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-059294
35. Mehraeen E., Safdari R., Mohammadzadeh N. [et al.]. Mobile-Based Applications and Functionalities for Self-Management of People Living with HIV // *Stud/ Health Technol/ Inform*. 2018. Vol. 48. Pp. 172–179.
36. Morandi Dos Santos E.C., Augustemak de Lima L.R., Yoong S. [et al.]. Home-based interventions to promote physical activity for people living with HIV – a systematic review // *AIDS Care*. 2023 Jan. Vol. 35 (1). Pp. 25–34. DOI: 10.1080/09540121.2022.2091102
37. Nhunzvi C., Langhaug L., Mavindidze E. [et al.]. Occupational justice and social inclusion in mental illness and HIV: a scoping review protocol // *BMJ Open*. 2019 Mar 9. Vol. 9 (3). e024049. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024049
38. Nixon S.A., Bond V., Solomon P. [et al.]. Optimism alongside new challenges: using a rehabilitation framework to explore experiences of a qualitative longitudinal cohort of people living with HIV on antiretroviral treatment in Lusaka, Zambia // *AIDS Care*. 2018 Mar. Vol. 30 (3). Pp. 312–317. DOI: 10.1080/09540121.2017.1363365
39. O'Brien K.K., Ibáñez-Carrasco F., Solomon P. [et al.]. Advancing research and practice in HIV and rehabilitation: a framework of research priorities in HIV, disability and rehabilitation // *BMC Infect. Dis*. 2014. Vol. 14. P. 724. DOI: 10.1186/s12879-014-0724-8
40. O'Brien K.K., Solomon P., Trentham B. [et al.]. Evidence-informed recommendations for rehabilitation with older adults living with HIV: a knowledge synthesis // *BMJ Open*. 2014 May 14. Vol. 4 (5). e004692. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004692
41. O'Brien K.K., Bergin C., Solomon P. [et al.]. Cross-cultural applicability of the episodic disability framework with adults living with HIV in Ireland: a qualitative study // *Disability and Rehabilitation*. 2021. Vol. 43, Iss. 2. Pp. 229–240. DOI: 10.1080/09638288.2019.1621395
42. Oursler K.K., Marconi V.C., Briggs B.C. [et al.]. FIT VET Project Team. Telehealth Exercise Intervention in Older Adults with HIV: Protocol of a Multisite Randomized Trial // *J. AssocNurses AIDS Care*. 2022. Mar-Apr. Vol. 33 (2). Pp. 168–177. DOI: 10.1097/JNC.0000000000000235
43. Sikkema K.J., Ranby K.W., Meade K.S. [et al.]. Reductions in traumatic stress following a coping intervention were mediated by decreases in avoidant coping for people living with HIV/AIDS and childhood sexual abuse. Randomized Controlled Trial // *J. Consult. Clin. Psychol*. 2013 Apr. Vol. 81 (2). Pp. 274–83. DOI: 10.1037/a0030144
44. Scherer M.J. Rehabilitation psychology // I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology*. NY: Wiley, 2010. Vol. 4. Pp. 1444–1447.

45. Stevens M., Kirsh B., Nixon S. A. Rehabilitation interventions for children living with HIV: a scoping review // *Disability and Rehabilitation*. 2014. Vol. 36, Iss. 10. Pp. 865–874. DOI: 10.3109/09638288.2013.821184
46. Stevens M.E., Parsons J.A., Read S.E. [et al.]. The relationship between stigma and a rehabilitation framework [international classification of functioning, disability and health (ICF)]: three case studies of women living with HIV in Lusaka, Zambia // *Disability and Rehabilitation*. 2021. Vol. 43, Iss. 15. Pp. 2149–2156. DOI: 10.1080/09638288.2019.1693640
47. Stevens M.E., Parsons J.A., Read S.E. [et al.]. The conceptualization of stigma within a rehabilitation framework using HIV as an example // *Disability and Rehabilitation*. 2019. Vol. 41, Iss. 2. Pp. 235–243. DOI: 10.1080/09638288.2017.1385099
48. Vancampfort D., Mugisha J., Richards J. [et al.]. Physical activity correlates in people living with HIV/AIDS: a systematic review of 45 studies. *Review Disability and Rehabilitation*. 2018 Jul. Vol. 40 (14). Pp. 1618–1629. DOI: 10.1080/09638288.2017.1306587
49. Vance D.E., McDougall Jr. G.J., Wilson N. [et al.]. Cognitive Consequences of Aging with HIV: Implications for Neuroplasticity and Rehabilitation // *Top Geriatr Rehabil*. 2014 Jan. Vol. 30 (1). Pp. 35–45. DOI: 10.1097/TGR.0000000000000002
50. Vance D.E., Cody S.L., Moneyham L. Remediating HIV-Associated Neurocognitive Disorders via Cognitive Training: A Perspective on Neurocognitive Aging // *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*. 2017. Vol. 42. Pp. 173–186. DOI: 10.1159/000448562
51. Wagener M.N., Roelofs P., Miedema H.S. [et al.]. The development of a multidisciplinary, evidence-based guideline for “HIV and employment” // *Guideline AIDS Care*. 2015. Vol. 27 (2). Pp. 133–141. DOI: 10.1080/09540121.2014.952612

Поступила 19.03.2024

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

Для цитирования: Кольцова О.В., Сафонова П.В., Васильева Г.Н., Шаболтас А.В., Рыбников В.Ю. О психологической реабилитации людей, инфицированных вирусом иммунодефицита // *Вестник психотерапии*. 2024. № 90. С. 65–81. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-65-81

Участие авторов: О.В. Кольцова – постановка исследовательской задачи, поиск и обзор литературы, анализ и интерпретация данных, формулировка выводов, написание текста статьи; П.В. Сафонова – формулировка выводов, подготовка окончательной редакции текста, перевод на английский язык; Г.Н. Васильева – вклад в сбор материала, анализ данных и интерпретация данных; А.В. Шаболтас – методологические основания статьи, формулировка выводов, написание текста статьи; В.Ю. Рыбников – методологические основания статьи, формулировка выводов.

O.V. Koltsova¹, P.V. Safonova², G.N. Vasilieva³,
A.V. Shaboltas⁴, V.Ju. Rybnikov⁴

About Psychological Rehabilitation for People Living With HIV

¹ Saint-Petersburg State Institute of Psychology and Social Work
(13, 12th Line Vasilievskiy island, St. Petersburg, Russia);

² Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases
(179, Obvodny canal Emb., St. Petersburg, Russia);

³ Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University
(6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, Russia);

⁴ Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia);

⁵ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia
(4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Olga Vladimirovna Koltsova – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Department of clinical psychology, Saint-Petersburg State Institute of Psychology and Social Work (13, 12th line, Vasilievskiy Island, St. Petersburg, 199178, Russia); e-mail: ovkoltsova@yandex.ru; ORCID 0000-0002-1866-0926; SPIN 1440-8724;

Polina Vladimirovna Safonova – PhD Psychol. Sci.; clinical psychologist, Department of prophylactic and medico-social work, Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases (179, Obvodny canal Emb., St. Petersburg, 190103, Russia), e-mail: polinasafonova@mail.ru; ORCID 0000-0002-6962-3914; SPIN 7971-6170;

Galina Nikolaevna Vasilieva – PhD student, Department of general and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University (6–8, Lva Tolstogo Str., St. Petersburg, 197022, Russia); e-mail: galya@list.ru; ORCID 0000-0002-5052-9661; SPIN 4002-5330;

Alla Vadimovna Shabolts – Dr. Psychol. Sci., Prof., Dean of school of psychology, Head of Department of psychology of behavior and behavioral deviations, Saint-Petersburg State University (7–9, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia), e-mail: a.shabolts@spbu.ru; ORCID 0000-0002-1966-6924; SPIN 3659-6209;

Viktor Jurievich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci., Prof., Deputy Director (Science and Education, Emergency Medicine), Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: medicine@nrcerm.ru, ORCID 0000-0001-5527-9342; SPIN 3720-0458

Abstract

Relevance. HIV infection is a disabling disease. People living with HIV (PLH) with the help of modern antiretroviral therapy (ART) can significantly prolong their lives and improve biological health indicators. However, the lack of special rehabilitation interventions for PLH in combination with increasing comorbidity, including neurocognitive disorders, can lead to progression of pathology and decrease in quality of life. The objective of the analytical review is to study the prospects and approaches applicable for the psychological rehabilitation of PLH.

Materials and methods. We used meta-analysis as the main method. In search databases eLIBRARY, RU, PubMed, APA PsycARTICLES the studies on the psychological rehabilitation of patients with HIV infection were searched and described during the period of developed and available ART from 2012 to 2023. Additionally while conducting the analysis we also relied on our long-term practical experience in psychological interventions and psychological help for PLH.

Results. In total we analyzed 51 studies, of which 19 were written by domestic authors and 32 by foreign ones. In Russian peer-reviewed scientific publications and monographs which present works in the field of infectology, medical psychology, and health psychology, the topic we study is extremely rare and mostly at the theoretical level. In that regard most of our analysis concerns foreign studies carried out in different countries within the topic of psychological rehabilitation of HIV-infected people.

Conclusions. Psychological rehabilitation of patients with HIV infection should be carried out taking into account the awareness of the psychologist and the patient about the progression of HIV infection, treatment, cognitive impairments, HIV-associated diseases, resilience, etc. Patients living with HIV infection should be recommended regular (not less than once every three years) psychodiagnostic assessment of cognitive functions, emotional functioning, and, behaviour, and should be differentially offered participation in psychological rehabilitation interventions. When preparing rehabilitation psychologists to work in the system of care for patients with HIV infection, it is important to teach not only psychodiagnosics, but also counseling and group interventions (including resilience training and cognitive training) that increase patients' adaptation to a changed life situation.

Keywords: psychological rehabilitation, HIV infection, cognitive impairment, cognitive training.

References

1. Belyakov N.A., Rassohin V.V. Komorbidnye sostoyaniya pri VICH-infekcii. CHast' III. Somaticheskie zabolevaniya I rasstrojstva [Comorbid conditions in HIV infection. Part III. Somatic diseases and disorders.]. Sankt-Petersburg, 2018. 252 p. (In Russ.)
2. Zolotova N.V., Streļcov V.V., Baranova G.V. [et al.]. Model' psihologicheskoj reabilitacii boľnyh s tuberkulezom legkih v usloviyah stacionara [Model of psychological rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis in a hospital setting]. *Tuberkulez i bolezni legkih* [Tuberculosis and pilmanory diseases]. 2018; 96(4): 12–19. DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-12-19 (In Russ.)

3. Kolčova O.V. Psihologicheskaya pomoshch' VICH-inficirovannym pacientam v Sankt-Peterburgskom Centre SPID: istoriya i sovremennost' [Psychological help for HIV-infected patients at the St. Petersburg AIDS Center: history and today]. *Zhurnal infektologii* [Journal of Infectology]. 2021; 13(4): 121–126. DOI: 10.22625/2072-6732-2021-13-4-121-126 (In Russ.)
4. Kolčova O.V. Znachenie medicinskoj psihologii v okazanii kompleksnoj kliniko-diagnosticheskoj i terapevticheskoj pomoshchi VICH-inficirovannym pacientam [The role of medical psychology in providing comprehensive clinical, diagnostic and therapeutic care to HIV-infected patients]. *Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii. «Zejgarnikovskie chteniya. Diagnostika i psihologicheskaya pomoshch' v sovremennoj klinicheskoj psihologii»* [Materials of International scientific and practical conference. «Zeigarnik readings. Diagnostics and psychological assistance in modern clinical psychology»]. Moscow, 2020. 700–702. (In Russ.)
5. Kolčova O.V., Safonova P.V., Rybnikov V.YU., Shtern M.A. Lichnostnye osobennosti i podderzhanie nepreryvnosti lecheniya u VICH-inficirovannyh pacientov [Personal characteristics and keeping of continuous treatment by HIV-infected patients]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 16: psihologiya, pedagogika* [Vestnik of Saint-Petersburg University. Serie 16: psychology pedagogy]. 2013; 4: 49–59. (In Russ.)
6. *Klinicheskaya psihologiya: enciklopedicheskij slovar'* [Clinical psychology: an encyclopedic dictionary]. Ed. prof. N.D. Tvorogovoj. Moscow, 2016. 608 p. (In Russ.)
7. Mamajchuk I.I. Psihologicheskaya ekspertiza v praktike medicinskogo psihologa. Chast' 1. Psihologicheskaya ekspertiza v sisteme zdavoohraneniya i obrazovaniya: uchebn. posobie. [Psychological expertise in the practice of a medical psychologist. Part 1. Psychological expertise in the health and education system: textbook]. Sankt-Petersburg, 2017. 144 p. (In Russ.)
8. Mediko-social'naya reabilitaciya posle infekcionnyh zabolevanij [Medical and social rehabilitation after infectious diseases]. Ed. V.A. Epifanov, N.D. YUshchuk, A.V. Epifanov [et al.]. Moscow, 2020. 560 p. DOI: 10.33029/9704-5915-7-2020-MSR-I-560 (In Russ.)
9. *Medicinskaya reabilitaciya: uchebnik* [Medical rehabilitation: textbook]. Ed. V.A. Epifanova, A.N. Razumova, A.V. Epifanova. Moscow, 2023. 688 p. DOI: 10.33029/9704-7488-4-4MRS-2023-1-688 (In Russ.)
10. Morozova E.V. Aleksanin S.S. Reabilitacionnaya priverzhennost' i sovladanie lichnosti s krizisnoj situaciej invalidiziruyushchej bolezni [Rehabilitation adherence and individual's coping starategy with a crisis situation of a disabling disease.]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta* [Scientific notes of the P.F. Lesgaft University]. 2022; 2(204): 502–512. DOI: 10.34835/issn.2308-1961.2022.2.p502-512. (In Russ.)
11. *Personalizirovannaya VICH-medicina* [Personalized HIV-medicine]. Ed. N.A. Belyakov, V.V. Rassohin, T.N. Trofimova [et al.]. Sankt-Petersburg, 2020, 326 p. (In Russ.)
12. *Psihologicheskie aspekty medicinskoj reabilitacii: uchebn. posobie* [Psychological aspects of medical rehabilitation: textbook]. Ed. E.E. Achkasovoj, N.D. Tvorogovoj. Moscow, 2018. 352 p. (In Russ.)
13. Stepanova E.V., Leonova O.N., Buzunova S.A. Analiz ustanovlennoj gruppy invalidnosti u pacientov s VICH-infekciej [Analysis of the registered disability group in patients with HIV infection]. *Epidemiologiya i infekcionnye bolezni. Aktual'nye voprosy №1* [Epidemiology and infectious diseases. Major aspects № 1]. 2022; 46–52. DOI: <https://doi.org/10.18565/epidem.2022.12.1.46-52> (In Russ.)
14. Savchenko G.N., Koltsova O.V. Trening zhiznestojkosti dlya VICH-inficirovannyh zhenshchin [Resilience training for HIV-infected women]. *VICH-infekciya i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppressions]. 2020; 12(3): 111–119. DOI: 10.22328/2077-9828-2020-12-3-111-119 (In Russ.)
15. Sobchik L.N. SMIL Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti [SMIL Standardized multifactorial method of personality assessment]. Sankt-Petersburg, 2009. 224 p. (In Russ.)
16. Ugleva E.M., Orel V.I. Profil' invalida s VICH-infekciej 18 let i starshe s pozicij Mezhdunarodnoj klassifikacii funkcionirovaniya [The profile of a disabled person with HIV infection aged 18 years and older based on International Classification of Functioning, Disability and Health]. *Fizicheskaya i reabilitacionnaya medicina* [Physical and rehabilitation medicine]. 2023; 5(1): 83–97. DOI: 10.26211/2658-4522-2023-5-1-83-97. (In Russ.)
17. Hohlova G.N., Koltsova O.V., Isaeva E.R., Boeva E.V., Rassohin V.V. Kognitivnyj trening kak tekhnologiya zashchity i vosstanovleniya funkcij central'noj nervnoj sistemy u pacientov s infekcionnoj patologiej [Cognitive training as a technology for protecting and compensating of the central nervous system functions in patients with infectious pathology]. *VICH-infekciya i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppressions]. 2023; 15(2): 19–36. DOI: 10.22328/2077-9828-2023-15-2-19-36 (In Russ.)
18. Chernyavskaya O.A., Ioannidi E.A. Tip otnosheniya k bolezni lyudej, zhivushchih s VICH, kak predictor ih lichnostnogo reabilitacionnogo potenciala [Type of attitude towards the disease by people living with HIV as a predictor of their personal rehabilitation potential]. *VICH-infekciya i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppressions]. 2015; 7(3): 75–79. (In Russ.)
19. Shaboltas A.V. Psihologicheskie osnovy prevencii VICH-infekcii. [Psychological elements of HIV infection prevention]. Sankt-Petersburg, 2022. 536 p. (In Russ.)
20. Alebel A., Wagnew F. Essay in Rehabelitation of Patients Living with HIV/AIDS. *Rehabilitation Sciences*. 2017; 2(1): 1–5. DOI: 10.11648/j.rs.20170201.11

21. Alford K., Daley S., Banerjee S., Vera J.H. Quality of life in people living with HIV-associated neurocognitive disorder: A scoping review study. *PLoS One*. 2021 May 19; 16(5): e0251944. DOI: 10.1371/journal.pone.0251944
22. Becker J.T., Dew M.A., Aizenstein H.J. [et al.]. A pilot study of the effects of internet-based cognitive stimulation on neuropsychological function in HIV disease. *Disability and Rehabilitation*. 2012; 34(21): 1848–1852.
23. Chan T., Marta M., Hawkins C., Rackstraw S. Cognitive and Neurologic Rehabilitation Strategies for Central Nervous System HIV Infection. *Review Curr HIV/AIDS Rep*. 2020; 17(5): 514–521. DOI: 10.1007/s11904-020-00515-0
24. Cobbing S., Hanass-Hancock J., Myezwa H. Home-based rehabilitation interventions for adults living with HIV: a scoping review. *Afr J AIDS Res*. 2016; 15(1): 77–88. DOI: 0.2989/16085906.2016.1159968
25. Cobbing S., Chetty V., Hanass-Hancock J., Myezwa H. Knowing I can be helpful makes me feel good inside, it makes me feel essential: community health care workers' experiences of conducting a home-based rehabilitation intervention for people living with HIV in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*. 2017; 29(10): 1260–1264. DOI: 10.1080/09540121.2017.1290208
26. Conyers L. M., Boomer K.B. Examining the role of vocational rehabilitation on access to care and public health outcomes for people living with HIV/AIDS. Comparative Study. *Disability and Rehabilitation*. 2014; 36(14): 1203–1210. DOI: 10.3109/09638288.2013.837968
27. Conyers L.M., Boomer K.B. Validating the client-focused considering work model for people living with HIV and quantifying phases of change of commitment to work. *Disability and Rehabilitation*. 2017; 39(11): 1087–1096.
28. Elendu C., Aguocha M.C., Okeke C.V. [et al.]. HIV-related neurocognitive disorders: Diagnosis, Treatment, and Mental Health Implications: A Review. *Medicine (Baltimore)*. 2023; 102(43): e35652. DOI: 10.1097/MD.00000000000035652
29. Ezeamama A.E., Sikorskii A., Sankar P.R. [et al.]. Computerized Cognitive Rehabilitation Training for Ugandan Seniors Living with HIV: A Validation Study. *J Clin Med*. 2020 Jul 7; 9(7): 2137. DOI: 10.3390/jcm9072137.
30. Gallagher S., Biro S., Creamer E. [et al.]. “It’s a Hidden Issue”: Exploring the experiences of women with HIV-associated neurocognitive challenges using a disability framework. *Disability and Rehabilitation*. 2013; 35(1): 36–46 DOI: 10.3109/09638288.2012.687029.
31. Gomes-Neto M., Saquetto M.B., Alves I.G. [et al.]. Effects of Exercise Interventions on Aerobic Capacity and Health-Related Quality of Life in People Living With HIV/AIDS: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2021; 101(7): pzab092. DOI: 10.1093/ptj/pzab092.
32. Ibeneme S. C., Uwakwe V.C., Myezwa H. [et al.]. Impact of exercise training on symptoms of depression, physical activity level and social participation in people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2022; 22(1): 469. DOI: 10.1186/s12879-022-07145-4
33. Juengst S., Skidmore E., Pramuka M. [et al.]. Factors contributing to impaired self-awareness of cognitive functioning in an HIVpositive and at-risk population. *Disability and Rehabilitation*. 2012; 34(1): 19–25. DOI: 10.3109/09638288.2011.587088
34. Lau B., Sharma I., Manku S. [et al.]. Considerations for developing and implementing an online community-based exercise intervention with adults living with HIV: a qualitative study. *BMJ Open*. 2022; 12(4): e059294. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-059294.
35. Mehraeen E., Safdari R., Mohammadzadeh N. [et al.]. Mobile-Based Applications and Functionalities for Self-Management of People Living with HIV. *Stud Health Technol Inform*. 2018; 248: 172–179.
36. Morandi Dos Santos E.C., Augustemak de Lima L.R., Yoong S. [et al.]. Home-based interventions to promote physical activity for people living with HIV – a systematic review. *AIDS Care*. 2023; 35(1): 25–34. DOI: 10.1080/09540121.2022.2091102
37. Nhunzvi C., Langhaug L., Mavindidze E. [et al.]. Occupational justice and social inclusion in mental illness and HIV: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2019; 9(3): e024049. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024049
38. Nixon S.A., Bond V., Solomon P. [et al.]. Optimism alongside new challenges: using a rehabilitation framework to explore experiences of a qualitative longitudinal cohort of people living with HIV on antiretroviral treatment in Lusaka, Zambia. *AIDS Care*. 2018; 30(3): 312–317. DOI: 10.1080/09540121.2017.1363365
39. O'Brien K.K., Ibáñez-Carrasco E., Solomon P. [et al.]. Advancing research and practice in HIV and rehabilitation: a framework of research priorities in HIV, disability and rehabilitation. *BMC Infect Dis*. 2014; 14: 724. DOI: 10.1186/s12879-014-0724-8
40. O'Brien K.K., Solomon P., Trentham B. [et al.]. Evidence-informed recommendations for rehabilitation with older adults living with HIV: a knowledge synthesis. *BMJ Open*. 2014; 4(5): e004692. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004692
41. O'Brien K.K., Bergin C., Solomon P. [et al.]. Cross-cultural applicability of the episodic disability framework with adults living with HIV in Ireland: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2021; 43(2): 229–240. DOI: 10.1080/09638288.2019.1621395
42. Oursler K.K., Marconi V.C., Briggs B.C. [et al.]. FIT VET Project Team. Telehealth Exercise Intervention in Older Adults with HIV: Protocol of a Multisite Randomized Trial. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2022; 33(2): 168–177. DOI: 10.1097/JNC.0000000000000235

-
43. Sikkema K.J., Ranby K.W., Meade K.S. [et al]. Reductions in traumatic stress following a coping intervention were mediated by decreases in avoidant coping for people living with HIV/AIDS and childhood sexual abuse. Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013; 81(2): 274–83. DOI: 10.1037/a0030144
 44. Scherer M.J. Rehabilitation psychology. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology*. NY: Wiley. 2010; 4: 1444–1447.
 45. Stevens M., Kirsh B., Nixon S. A. Rehabilitation interventions for children living with HIV: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*. 2014; 36(10): 865–874. DOI: 10.3109/09638288.2013.821184
 46. Stevens M.E., Parsons J.A., Read S.E. [et al.]. The relationship between stigma and a rehabilitation framework [international classification of functioning, disability and health (ICF)]: three case studies of women living with HIV in Lusaka, Zambia. *Disability and Rehabilitation*. 2021; 43(15): 2149–2156. DOI: 10.1080/09638288.2019.1693640
 47. Stevens M.E., Parsons J.A., Read S.E. [et al.]. The conceptualization of stigma within a rehabilitation framework using HIV as an example. *Disability and Rehabilitation*. 2019; 41(2): 235–243. DOI: 10.1080/09638288.2017.1385099
 48. Vancampfort D., Mugisha J., Richards J. [et al.]. Physical activity correlates in people living with HIV/AIDS: a systematic review of 45 studies. *Review Disability and Rehabilitation*. 2018; 40(14): 1618–1629. DOI: 10.1080/09638288.2017.1306587
 49. Vance D.E., McDougall Jr. G.J., Wilson N. [et al.]. Cognitive Consequences of Aging with HIV: Implications for Neuroplasticity and Rehabilitation. *Top Geriatr Rehabil*. 2014; 30(1): 35–45. DOI: 10.1097/TGR.000000000000002
 50. Vance D.E., Cody S.L., Moneyham L. Remediating HIV-Associated Neurocognitive Disorders via Cognitive Training: A Perspective on Neurocognitive Aging. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr*. 2017; 42: 173–186. DOI: 10.1159/000448562
 51. Wagener M.N., Roelofs P., Miedema H.S. [et al.]. The development of a multidisciplinary, evidence-based guideline for “HIV and employment”. *Guideline AIDS Care*. 2015; 27(2): 133–141. DOI: 10.1080/09540121.2014.952612
-

Received 19.03.2024

For citing: Kol'tsova O.V., Safonova P.V., Vasil'eva G.N., SHaboltas A.V., Rybnikov V.YU. O psikhologicheskoy reabilitatsii lyudej, infitsirovannykh virusom immunodefitsita. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (90): 65–81. (In Russ.)

Koltsova O.V., Safonova P.V., Vasilieva G.N., Shaboltas A.V., Rybnikov V.Yu. About psychological rehabilitation for people living with HIV. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 65–81. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-65-81

Е.А. Дубинина^{1,3}, А.Д. Цветкова¹, М.В. Витенберг²,
Н.Е. Круглова^{1,2}, И.А. Комолкин², А.Н. Алёхин¹

ФАКТОРЫ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОХОДЯЩИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СВЯЗИ С ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

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

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии
(Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4);

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

Актуальность. Ситуация хирургического лечения обладает высоким стрессогенным потенциалом и создает условия для развития предоперационной тревоги, являющейся фактором риска неблагоприятных состояний в постоперационный период.

Цель: определить психологическое содержание и факторы, влияющие на риск развития предоперационной тревоги у детей младшего школьного возраста.

Методология. Было обследовано 20 матерей и 20 детей (10 мальчиков, 10 девочек) в возрасте от 8 до 10 лет с ортопедической патологией. Обследование каждого осуществлялось на 2–3-й день после госпитализации, за 3–5 дней до ожидаемого хирургического вмешательства. Психодиагностическое обследование ребенка включало: наблюдение, направленное на оценку степени выраженности признаков тревоги; структурированное интервью; опросник «Шкала явной тревожности у детей» (Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)); визуально-аналоговую шкалу боли. Психодиагностическое обследование матери включало: анкетирование; опросник «Оценка уровня тревожности ребенка» (Захаров А.И.); опросник «Диагнос-

✉ Дубинина Елена Александровна – канд. психол. наук, доц., доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), науч. сотр. лаборатории клинич. психологии и психодиагностики, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, ул. Бехтерева, д. 3), email: trifonovahelen@yandex.ru;

Цветкова Анастасия Денисовна – студент каф. клинич. психологии и психол. помощи, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: ad.tsvetkovaa@gmail.com;

Витенберг Майя Викторовна – мед. психолог, ст. науч. сотр. науч.-исслед. лаб. «Патологии опорно-двигательного аппарата у детей», С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии (Россия, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4), e-mail: vitenberg3@yandex.ru;

Круглова Надежда Евгеньевна – канд. психол. наук, доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48) ст. науч. сотр. науч.-исслед. лаб. «Патологии опорно-двигательного аппарата у детей», С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии (Россия, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4), e-mail: nkruglova2016@yandex.ru;

Комолкин Игорь Александрович – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., руководитель науч.-исслед. лаб. «Патологии опорно-двигательного аппарата у детей», С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии (Россия, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2–4), e-mail: igor_komolkin@mail.ru;

Алёхин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. клинич. психологии и психол. помощи, Росс. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена, (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), e-mail: termez59@mail.ru

тика отношения к болезни ребенка» (ДОБР); опросник для оценки тревожности «Шкала ситуативной и личностной тревожности» Спилбергера (State Trait Anxiety Inventory (STAI)).

Результаты и их анализ. У 80 % детей отмечались поведенческие признаки тревоги (настороженность, скованность, уклонение от контакта, неусидчивость, навязчивые действия, слезливость), адаптация к условиям больницы у значительной доли детей сопровождается нарушениями сна (40 %) и аппетита (60 %). Средние значения по опроснику CMAS соответствуют пограничному уровню ($6,6 \pm 0,52$). На основании наблюдения и опроса была выделена подгруппа (5 мальчиков, 4 девочки) с высоким уровнем предоперационной тревоги. Значимых отличий детей с высоким уровнем предоперационной тревогой по полу, возрасту, составу семьи, наличию/отсутствию сиблингов, возрасту и образованию матери, опыту хирургического лечения, давности заболевания, уровню болевой симптоматики, информированности о лечении выявлено не было. Вместе с тем дети с высоким уровнем предоперационной тревоги отличались более выраженной личностной тревожностью ($p = 0,03$), чаще упоминали в качестве источника страха возможность врачебных ошибок, а их матери имели более высокий уровень ситуативной тревоги по STAI ($p = 0,01$) и большую выраженность установок на контроль активности ребенка по ДОБР ($p = 0,04$).

Заключение. Выраженная предоперационная тревога наблюдается почти у половины детей, ожидающих хирургического лечения, при этом фактором риска предоперационной тревоги выступает личностная тревожность ребенка, а также выраженная тревожная реакция матери и ее установка на ограничение активности ребенка.

Ключевые слова: предоперационная тревога, стресс, хирургическое лечение, родительская тревога, отношение к болезни ребенка

Введение

Ситуация хирургического лечения обладает высоким стрессогенным потенциалом, о чем свидетельствует значительная распространенность нарушений психической адаптации и у детей, и у взрослых на пред- и послеоперационном этапах [1, 10]. По данным исследований, у детей в день операции риск выраженной предоперационной тревоги с существенными изменениями в эмоциональном фоне и поведении достигает 75 % [12, 18]. Значение предоперационной тревоги у детей определяется не только тем, что она отражает психическое неблагополучие ребенка, затрудняет коммуникацию и осуществление медицинских процедур, но и тем, что она повышает риск неблагоприятных состояний в послеоперационный период (более выраженная болевая симптоматика, большая потребность в анальгетиках, эмоционально-поведенческие отклонения) [7, 13, 17, 19].

В настоящее время среди подтвержденных факторов риска предоперационной тревоги у детей рассматриваются младший возраст, неблагоприятный опыт хирургического лечения, а также тревожность самого ребенка и родителя [18]. В то же время психологическое содержание модифицируемых

факторов риска остается недостаточно изученным, что препятствует разработке целенаправленных программ психологического сопровождения детей и их родителей на предоперационном этапе. Вышеизложенные соображения определили цель настоящего исследования: установить психологическое содержание и факторы, влияющие на риск развития предоперационной тревоги у детей младшего школьного возраста.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе Клиники детской хирургии и ортопедии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Минздрава России в 2023 году.

Обследование каждого ребенка и родителя осуществлялось на 2–3-й день после госпитализации, за 3–5 дней до ожидаемого вмешательства. Психодиагностическое обследование ребенка включало: наблюдение, направленное на оценку степени выраженности признаков тревоги; структурированное интервью, содержавшее вопросы об актуальном состоянии, отношении к госпитализации и предстоящему лечению; опро-

сник «Шкала явной тревожности у детей» (Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS)) [4], методику для оценки интенсивности болевого синдрома «Визуально-аналоговая шкала боли» (ВАШ) [11].

Психодиагностическое обследование матери включало: анкетирование (с вопросами, касающимися социально-демографических и анамнестических сведений, поведения и актуального состояния ребенка, его отношения к госпитализации и лечению, а также отношения самой матери к госпитализации ребенка и предстоящему лечению); опросник «Оценка уровня тревожности ребенка» [2]; опросник «Диагностика отношения к болезни ребенка» (ДОБР) [3]; опросник для оценки тревожности «Шкала ситуативной и личностной тревожности» Спилбергера (State Trait Anxiety Inventory (STAI)) [5, 20].

Критерии включения детей:

- возраст от 7 до 10 лет;
- ортопедическая патология, требующая хирургического вмешательства;
- отсутствие диагностированных нарушений психического развития;
- совместная госпитализация с родителем;
- информированное согласие родителей;
- согласие ребенка.

Было обследовано 20 матерей и 20 детей (10 мальчиков, 10 девочек) в возрасте от 8 до 10 лет. Преобладающими заболеваниями у обследованных детей являлись врожденные и приобретенные искривления позвоночника (M41, Q67.8 по МКБ-10), единичные кисты костей (M85.4), острый остеомиелит (M86.0, M86.6). Клинические и социально-демографические данные обследованных представлены в табл. 1.

Значимых различий по социально-демографическим и клиническим характеристикам между мальчиками и девочками не было.

Методы математико-статистического анализа данных. Полученные данные анализировались с использованием мер описательной статистики (частота, среднее, стандартная ошибка среднего). Нормальность распределения количественных показателей оценивалась с применением критерия Колмогорова–Смирнова. Сопряженность признаков оценивалась на основании критерия хи-квадрат, различия в подгруппах по количественным переменным – с использованием U-критерия Манна–Уитни. Взаимосвязь между признаками определялась с применением рангового коэффициента корреляции Спирмена.

Таблица 1

Социально-демографические и клинические характеристики обследованных детей

Социально-демографические и клинические параметры	кол-во чел. (%)	
Длительность заболевания	менее года	10 (50,0)
	врожденное	10 (50,0)
Опыт хирургического лечения	есть	8 (40,0)
	нет	12 (60,0)
Осложнения после прошлого хирургического лечения	есть	4 (50,0)
	нет	4 (50,0)
Состав семьи	полная	16 (80,0)
	неполная	4 (20,0)
Сиблинги	есть	15 (75,0)
	нет	5 (25,0)
Образование матери	высшее	14 (70,0)
	среднее	6 (30,0)
Возраст матери (M ± m)	39,25 ± 1,64	

Примечание: данные о клинических и социально-демографических характеристиках были собраны путем анкетирования матерей.

Результаты и их анализ

Проявления предоперационной тревоги у детей

Характеристики поведения обследованных детей по данным наблюдения и интервью (с родителем и ребенком), анкетирования и применения опросников у матерей представлены в табл. 2.

Как следует из табл. 2, у большинства обследованных детей отмечались поведенческие признаки тревоги (насторожен-

ность, скованность, уклонение от контакта, неусидчивость, навязчивые действия, слезливость), адаптация к условиям больницы у значительной доли детей сопровождалась нарушениями сна и аппетита. Средние значения по опроснику CMAS соответствуют пограничному уровню (между нормой и повышенным уровнем). Несмотря на то, что все дети знали о причине госпитализации, лишь половина имела представление о том, как будет проходить лечение, причем не все дети обнаруживали желание узнать больше

Таблица 2

Поведение обследованных детей в больнице по результатам наблюдения, интервью с ребенком, анкетирования и опроса матерей

Параметр	чел. (%)	
Наблюдение		
Признаки тревоги в поведении	нет	4 (20,0)
	есть	16 (80,0)
Интервью с ребенком		
Снижение аппетита в больнице в сравнении с домом	Нет	8 (40,0)
	Есть	12 (60,0)
Ухудшение качества сна в сравнении с домом (трудности засыпания, прерывистый сон)	Нет	12 (60,0)
	Есть	8 (40,0)
Сонливость днем	Нет	17 (85,0)
	Есть	3 (15,0)
Социализация в больнице	Общается с другими детьми	14 (70,0)
	Не общается	6 (30,0)
Информированность о причине госпитализации	Знает диагноз	20 (100,0)
	Не знает	0 (0,0)
Информированность о том, как будет проходить лечение	Информирован	10 (50,0)
	Не информирован	10 (50,0)
Желание узнать больше об операции	Нет	17 (85,0)
	Есть	3 (15,0)
Частые мысли об операции	Нет	13 (65,0)
	Есть	7 (35,0)
Чувства при мыслях об операции	Страх, тревога	3 (15,0)
	Затрудняется назвать	13 (65,0)
	Спокоен	4 (20,0)
Субъективная оценка боли (визуально-аналоговая шкала)	0 баллов	12 (60,0)
	2 балла	5 (25,0)
	6 баллов	1 (5,0)
	8 баллов	2 (10,0)
Опросник «Шкала явной тревожности»		
Уровень тревожности (M ± m)	6,6 ± 0,52	

Параметр	чел. (%)	
Анкетирование, интервью с матерью		
Раздражительность	нет	15
	есть	5
Вялость	нет	19
	есть	1
Плач	нет	19
	есть	1
Нарушения сна	нет	15
	есть	5
Нарушения аппетита	нет	14
	есть	6
Страх врачей	нет	19
	есть	1
Уровень тревожности ребенка (по опроснику А.И. Захарова для оценки тревожности и предрасположенности ребенка к неврозу) (M ± m)		8,45 ± 0,94

о предстоящей операции. Осознаваемый страх перед операцией зафиксирован лишь у трех детей, большинство детей затруднились сообщить, что конкретно испытывают в связи с предстоящим лечением.

На вопрос о том, что вызывает боязнь, 9 детей (45,0%) затруднились ответить конкретно. Остальные ответы можно объединить в следующие группы: наиболее частым был страх боли (болезненный укол при индукции анестезии, боль после операции) – 4 упоминания; страх ошибок врачей во время операции (неправильно рассчитают анестезию, и ее действия не хватит; неверно установят конструкцию) – 3 упоминания; страх воздействия (насиленно уложат спать; захлопнутся двери лифта, пока будет ехать на каталке в операционную) – 2 упоминания; страх реанимационной (представление о реанимационной как о темной, страшной комнате) – 1 упоминание. У некоторых детей предметы страха из разных групп пересекались.

Среди обследованных детей была выделена подгруппа (5 мальчиков, 4 девочки) с отчетливым эмоционально-поведенческим паттерном – высоким уровнем предоперационной тревоги. Данный паттерн определялся на основании соответствия минимум трем из четырех критериев: 1) признаки беспокойства в поведении (по результатам наблю-

дения); 2) снижение качества сна в больнице по сравнению с домом (по результатам интервью); 3) частые мысли об операции (по результатам интервью); 4) страх или трудно дифференцируемые переживания перед операцией (по результатам интервью).

Эмоциональное состояние, отношение к болезни ребенка и предстоящему лечению у матерей

Результаты оценки уровня тревожности матерей и их отношения к болезни ребенка (по STAI и ДОБР) представлены в табл. 3.

Как следует из табл. 3, большинство обследованных матерей на момент обследования испытывали выраженную тревогу, которая определяла их эмоциональную составляющую отношения к болезни ребенка. Также отмечалась тенденция к повышенной личностной тревожности и потребность в контроле состояния ребенка.

В ходе беседы матерей просили конкретизировать предмет страха. Полученные ответы можно объединить в следующие группы: в 9 случаях матери боялись осложнений во время или после операции («что-то пойдет не так», «конструкция не приживется», «негде будет получить помощь», «проблемы со швом»); в 7 случаях матери переживали из-за сильного болевого синдрома после опе-

Таблица 3

Показатели тревожности и отношения к болезни ребенка у обследованных матерей

Психологические характеристики		М ± m
Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилберга – Ханина	Ситуативная тревожность	46,55 ± 2,44
	Личностная тревожность	44,75 ± 2,04
Диагностика отношения к болезни ребенка (ДОБР)	Общая напряженность	3,43 ± 0,56
	Интернальность	-2,55 ± 0,94
	Тревога	9,25 ± 1,26
	Нозогнозия	5,30 ± 1,30
	Контроль активности	1,90 ± 0,91

рации; в 6 случаях матери испытывали тревогу в связи с наркозом (выход из наркоза, влияние наркоза на развитие ребенка и его эмоциональное состояние); 3 матери волновались по поводу вынужденной сепарации и невозможности помочь своему ребенку.

Выраженность тревоги и отношение матерей к болезни ребенка не были связаны ни с полом, ни с возрастом ребенка, ни с опытом хирургического лечения и давностью заболевания.

Социальные, клинические и психологические характеристики детей с выраженной предоперационной тревогой

Значимых отличий между детьми с высоким уровнем предоперационной тревогой по полу, возрасту, составу семьи, наличию/отсутствию сиблингов, возрасту и образованию матери, опыту хирургического лечения, давности заболевания выявлено не было.

Уровень болевой симптоматики по ВАШ между группами детей с высоким и средним/низким уровнем предоперационной тревоги также не различался.

Дети с высоким уровнем предоперационной тревоги не отличались по уровню информированности о предстоящем лечении. Вместе с тем в этой группе отмечалась определенная содержательная специфика страхов: только дети с высоким уровнем предоперационной тревоги упоминали в качестве источника страха не только болевые симптомы, но и последствия некомпетентности и ошибок врачей («проснется во время операции», «что-то пойдет не так», «неправильно установят конструкцию»).

В этой группе также значимо больше было детей с повышенным уровнем тревожности как устойчивой личностной черты (по опроснику СМАС): 77,8% против 27,3% ($p = 0,03$).

Психологические характеристики матерей детей с выраженной предоперационной тревогой

Результаты сопоставления психологических характеристик матерей детей с высоким и средним/низким уровнем предоперационной тревоги представлены в табл. 4.

Как следует из табл. 4, матери детей с выраженной предоперационной тревогой отличались более выраженной ситуативной тревогой (по STAI), а также более выраженными установками на контроль активности ребенка в связи с болезнью (по ДОБР), заключающимися в представлениях о необходимости щадящего режима, снижения требований к ребенку и освобождения даже от посильных обязанностей.

Взаимосвязи между показателями ситуативной и личностной тревожности с одной стороны и характеристиками отношения к болезни ребенка с другой у обследованных матерей не выявлено.

Заключение

Настоящее исследование было направлено на оценку распространенности, проявлений и факторов риска предоперационной тревоги у детей младшего школьного возраста, проходящих хирургическое лече-

Уровень тревожности и отношение к болезни ребенка у матерей детей с высоким и средним/низким уровнем предоперационной тревоги

Характеристики матерей	Дети с высоким уровнем предоперационной тревоги (средние ранги)	Дети со средним и низким уровнем предоперационной тревоги (средние ранги)	U	p
Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина				
Ситуативная тревожность	14,22	7,45	16,00	0,01
Личностная тревожность	13,28	8,23	24,50	0,06
Диагностика отношения к болезни ребенка (ДОБР)				
Общая напряженность	10,39	10,59	48,50	0,94
Интернальность	13,11	8,36	26,00	0,07
Тревога	9,11	11,64	37,00	0,33
Нозогнозия	9,28	11,50	38,50	0,40
Контроль активности	13,44	8,09	23,00	0,04

ние в связи с ортопедической патологией. Ситуация госпитализации и хирургического лечения является высоко стрессогенной, что определяет повышенную вероятность развития нарушений психической адаптации в предоперационный период и у детей, и у их родителей [1]. По результатам исследования, отчетливый симптомокомплекс предоперационной тревоги (с переживанием страха либо смешанных эмоций, частыми мыслями об операции, нарушениями сна, поведенческими изменениями) наблюдался у 45 % детей, что соответствует данным, представленным в литературе (от 42 % до 75 %) [12, 18]. В отличие от других исследователей [9, 14, 16, 18], мы не обнаружили зависимости предоперационной тревоги от социально-демографических или клинических характеристик ребенка. В то же время, ожидаемо, дети с выраженной личностной тревожностью были более склонны реагировать тревогой на ситуацию госпитализации и хирургического лечения [8, 15].

Выраженные реакции тревоги также отмечались у матерей: у 60 % были зафиксированы высокие показатели ситуативной тревоги, и по всем шкалам опросника ДОБР отмечалась тенденция к обеспокоенности болезнью ребенка, потребность в контроле его состояния, что согласуется с данными литературы [6].

Предмет страха у детей и матерей в значительной мере совпадал: и для детей, и для

родителей актуальными являлись переживания, связанные с вероятной болевой симптоматикой, возможными осложнениями и отклонениями в ходе операции. В то же время представления матерей о возможных источниках риска были закономерно более дифференцированными, отмечались специфические страхи, касающиеся отдаленных последствий вмешательства, влияния анестезии на психическое развитие ребенка.

Существенным для понимания психологического содержания предоперационной ситуации являются полученные данные о тесной связи материнской тревоги и предоперационной тревоги у ребенка. Матери детей с выраженной предоперационной тревогой имели более высокие показатели ситуативной тревоги по шкале STAI. Взаимосвязь детской и материнской тревоги перед операцией описана в отдельных исследованиях [6, 15, 18], при этом открытым остается вопрос, является ли материнская тревога основным источником, питающим детскую тревогу, либо является реакцией на беспокойство ребенка. Настоящее исследование имеет корреляционный характер, вместе с тем его результаты позволяют выдвинуть предположение о том, что материнская тревога играет значимую роль в формировании детской реакции на ситуацию лечения. Об этом косвенно свидетельствуют две группы фактов: касающиеся содержания страхов и родительского отношения к болезни ребен-

ка. Только дети с выраженной предоперационной тревогой сообщали о страхах, отражающих недоверие к врачам (страх, что что-то пойдет не так во время операции, неправильно будет установлена конструкция, анестезия окажется недостаточной), при этом именно такого типа страхи были наиболее частыми у матерей. Наконец, специфичным для матерей детей с выраженной предоперационной тревогой оказалось стремление оградить ребенка в связи с болезнью даже от повышенной активности – установка на максимально щадящий режим (шкала контроля активности ДОБР). Значение такого отношения к болезни ребенка являлось самостоятельным, не зависящим от ситуативной тревоги матери. Можно предположить, что установка на ограничение активности ребенка способствует его сенсбилизации к физическому

и эмоциональному дискомфорту (неизбежному в ситуации хирургического лечения), препятствует формированию стратегий преодоления стресса, в т.ч. стратегии отвлечения (переключения внимания с болезни на деятельность). Конкретные психологические механизмы взаимосвязи установки на контроль активности ребенка и его предоперационной тревогой требуют дальнейшего изучения.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о значительной распространенности предоперационной тревоги у детей младшего школьного возраста, проходящих хирургическое лечение, и их матерей, а также о тесной взаимосвязи переживаний и отношения к лечению у матери и ребенка, что делает необходимым их совместное психологическое сопровождение на предоперационном этапе.

Литература

1. Дубинина Е.А., Алехин А.Н. Психологические реакции детей на ситуацию хирургического лечения: обзор исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2023. Т. 12, № 4. С. 5–26. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2023_n4/Dubinina_Alekhin (дата обращения: 20.02.2024). DOI: 10.17759/cpse.2023120401
2. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 448 с.
3. Каган В.Е., Журавлева И.П. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие / ред. Д.Н. Исаев, В.Е. Каган. СПб., 1991. С. 30–34.
4. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. 304 с.
5. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. Ленинград: ЛНИИТЕК, 1976. 18 с.
6. Ayenew N.T., Endalew N.S., Agegnehu A.F., Bizuneh Y.B. Prevalence and factors associated with preoperative parental anxiety among parents of children undergoing anesthesia and surgery: A cross-sectional study // *Int. J. Surg. Open*. 2020. Vol. 24. Pp. 18–26. DOI: 10.1016/j.ijso.2020.03.004
7. Chieng Y.J., Chan W.C., Klainin-Yobas P., He H.G. Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review // *J. Adv. Nurs*. 2014. Vol. 70, N 2. Pp. 243–255. DOI: 10.1111/jan.12205
8. Chow C., Rizwan A., Poulin L. [et al.]. Association of temperament with preoperative anxiety in pediatric patients undergoing surgery: A systematic review and meta-analysis // *JAMA Network Open*. 2019. Vol. 2, N 6. P. e195614. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.5614
9. Davidson A.J., Shrivastava P.P., Jansen K. [et al.]. Risk factors for anxiety at induction of anesthesia in children a prospective cohort study // *Pediatr Anesth*. 2006. Vol. 16. Pp. 919–927. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2006.01904.x
10. Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P. Preoperative anxiety // *Curr Opin Anaesthesiol*. 2022. Vol. 35, N 6. Pp. 674–678. DOI: 10.1097/ACO.0000000000001186
11. Gélinas C., Puntillo K.A., Levin P., Azoulay E. The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: A validation study in 28 countries // *Pain*. 2017. Vol. 158. Pp. 811–821. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000834.
12. Getahun A.B., Endalew N.S., Mersha A.T., Admass B.A. Magnitude and Factors Associated with Preoperative Anxiety among Pediatric Patients: Cross-Sectional Study // *Pediatric Health Med. Ther*. 2020. Vol. 11. Pp. 485–494. DOI: 10.2147/PHMT.S288077
13. Kain Z.N., Caldwell-Andrews A.A., Maranets I. [et al.]. Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors // *Anesth. Analg*. 2004. Vol. 99, N 6. Pp. 1648–1654. DOI: 10.1213/01.ANE.0000136471.36680.97

14. Kain Z.N., Mayes L.C., O'Connor T.Z., Cicchetti D.V. Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes // *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996. Vol. 150. N 12. Pp. 1238–1245. DOI: 10.1001/archpedi.1996.02170370016002
15. Kain Z.N., Mayes L.C., Weisman S.J., Hofstadter M.B. Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery // *J. Clin. Anesth*. 2000. Vol. 12, N 7. Pp. 549–554. DOI: 10.1016/s0952-8180(00)00214-2.
16. Kar S.K., Ganguly T., DasGupta C.S., Goswami A. Preoperative Anxiety in pediatric population: Anesthesiologists nightmare // *Translational Biomedicine*. 2015. Vol. 6, N 4. P. 30. DOI: 10.21767/2172-0479.100030
17. Karling M., Stenlund H., Hägglöf B. Child behaviour after anaesthesia: associated risk factors // *Acta Paediatr*. 2007. Vol. 96, N 5. Pp. 740–747. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2007.00258.x.
18. Liu W., Xu R., Jia J. [et al.]. Research progress on risk factors of preoperative anxiety in children: A scoping review // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, N 16. P. 9828. DOI: 10.3390/ijerph19169828
19. Rabbitts J.A., Groenewald C.B., Tai G.G., Palermo T.M. Presurgical psychosocial predictors of acute postsurgical pain and quality of life in children undergoing major surgery // *J. Pain*. 2015 Vol. 16, N 3. Pp.226–234. DOI: 10.1016/j.jpain.2014.11.015.
20. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970. 24 p.

Поступила 22.02.2024

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

Для цитирования: Дубинина Е.А., Цветкова А.Д., Виттенберг М.В., Круглова Н.В., Комолкин И.А., Алёхин А.Н. Факторы предоперационной тревожности у детей младшего школьного возраста, проходящих хирургическое лечение в связи с ортопедической патологией // *Вестник психотерапии*. 2024. № 90. С. 82–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-82-92

Участие авторов: Е.А. Дубинина – дизайн исследования, подготовка и редактирование рукописи статьи; А.Д. Цветкова – сбор эмпирического материала, статистическая обработка данных, редактирование статьи; М.В. Виттенберг – сбор эмпирического материала; Н.В. Круглова – редактирование статьи; И.А. Комолкин – организация исследования, научное редактирование, проверка критического содержания; А.Н. Алёхин – концепция исследования, научное редактирование, проверка критического содержания.

**E.A. Dubinina^{1,3}, A.D. Tsvetkova¹, M.V. Vitenberg²,
N.E. Kruglova^{1,2}, I.A. Komolkin², A.N. Alekhin¹**

Factors of Preoperative Anxiety in Primary School-Aged Children with Orthopedic Pathology Undergoing Surgical Treatment

¹ The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, River Moika Emb., St. Petersburg, Russia);

² Saint-Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology (2-4, Ligovskii Ave., St. Petersburg, Russia);

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

✉ Elena Alexandrovna Dubinina – PhD Psychol. Sci., Associate Prof., Associate Prof. of Department of clinical psychology and psychological assistance, The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia); Research Associate of laboratory of clinical psychology and psychodiagnostics, V.M. Bekhterev' National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhterev Str., 192019, St. Petersburg, Russia), e-mail: trifonovahelen@yandex.ru;

Anastasiya Denisovna Tsvetkova – student of Department of clinical psychology and psychological assistance, The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia), e-mail: ad.tsvetkovaa@gmail.com;

Maya Viktorovna Vitenberg – clinical psychologist, Senior Researcher at the research laboratory “Pathology of the musculoskeletal system in children”, St. Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology (2–4, Ligovskii Ave., 191036, St. Petersburg, Russia), e-mail: vitenberg3@yandex.ru;

Nadezhda Evgenievna Kruglova – PhD. Psychol. Sci., Associate Prof. of Department of clinical psychology and psychological assistance, The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia); Senior researcher at the Research laboratory “Pathology of the musculoskeletal system in children”, St. Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology (2–4, Ligovskii Ave., 191036, St. Petersburg, Russia), e-mail: nkruglova 2016@yandex.ru;

Igor Alexandrovich Komolkin – Dr. Med Sci., Leading researcher, Head of the research laboratory “Pathology of the musculoskeletal system in children”, St. Petersburg State Research Institute of Phthisiopulmonology (2–4, Ligovskii Ave., 191036, St. Petersburg, Russia), e-mail: igor_komolkin@mail.ru;

Anatolii Nikolaevich Alekhin – Dr. Med Sci. Prof., Head of Department of clinical psychology and psychological assistance, The Herzen State Pedagogical University of Russia (48, River Moika Emb., 191186, St. Petersburg, Russia), email: termez59@mail.ru.

Abstract

Relevance. The situation of surgical treatment has a high stress potential contributing to the development of preoperative anxiety, which is a risk factor for adverse psychological states in the postoperative period.

Purpose: to determine the psychological content and factors influencing the risk of developing preoperative anxiety in children of primary school age.

Methodology. The study examined 20 mothers and 20 children (10 boys, 10 girls) aged 8 to 10 years with orthopedic pathology. Each examination was conducted on the 2nd–3rd day after hospitalization, 3–5 days before the anticipated surgical intervention. Psychological assessment of the child included observation aimed at assessing the severity of signs of anxiety; structured interview; questionnaire “Children’s Manifest Anxiety Scale” (CMAS), Visual Analogue Pain Scale. Psychological examination of the mother included a survey, “Assessment of the child’s anxiety level” (A.I. Zakharov); “Diagnostics of attitude towards a child’s illness”; “State Trait Anxiety Inventory” (STAI).

Results and Discussion. 80% of children showed behavioral signs of anxiety (tension, withdrawal, avoidance of contact, restlessness, repeated actions, tearfulness). Adaptation to hospital conditions is accompanied by sleep disturbances (40%) and loss of appetite (60 %). The average values on the CMAS questionnaire correspond to the borderline level (6.6 ± 0.52). Based on observation and survey, a subgroup (5 boys, 4 girls) with a high level of preoperative anxiety was identified. There were no significant differences in children with a high level of preoperative anxiety by gender, age, family status, presence/absence of siblings, age and education of the mother, experience of surgical treatment, duration of the disease, level of pain symptoms, or knowledge about treatment. At the same time, children with a high level of preoperative anxiety had increased personal anxiety ($p = 0.03$), more often mentioned the possibility of medical errors as a source of fear, and their mothers had a higher level of situational anxiety (STAI, $p = 0.01$) and increased tendency to control the child’s activity ($p = 0.04$).

Conclusion. Severe preoperative anxiety is observed in almost half of children awaiting surgical treatment. The risk factor for preoperative anxiety is the child’s personal anxiety, as well as the mother’s situational anxiety and her tendency to limit the child’s activity.

Keywords: preoperative anxiety, stress, surgical treatment, parental anxiety, attitude towards a child’s illness.

References

1. Dubinina E.A., Alekhin A.N. Psihologicheskie reakcii detej na situaciju hirurgicheskogo lechenija: obzor issledovanij [Psychological reactions of children to the situation of surgical treatment: a review of studies]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical psychology and special education]. 2023; 12(4): 5–26. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2023_n4/Dubinina_Alekhin. DOI: 10.17759/cpse.2023120401 (In Russ.)
2. Zaharov A.I. Proishozhdenie detskikh nevrozov i psihoterapija. [The origin of childhood neurosis]. Moscow, 2000. 448 p. (In Russ.)
3. Kagan V.E., Zhuravleva I.P. Metodika diagnostiki otnoshenija k bolezni rebenka (DOBR) [A method for diagnosing attitudes towards a child’s illness (DOBR)]. *Psihodiagnosticheskie metody v pediatrii i detskoj psihonevrologii* [Psychodiagnostic methods in pediatrics and child psychoneurology]. Sankt-Peterburg, 1991. Pp. 30–34. (In Russ.)

4. Prihozhan A.M. Trevozhnost' u detej i podrostkov: psihologicheskaja priroda i vozrastnaja dinamika. [Anxiety in children and adolescents: psychological nature and age dynamics]. Moscow – Voronezh, 2000. 304 p. (In Russ.)
5. Hanin Ju.L. Kratkoe rukovodstvo k shkale reaktivnoj i lichnostnoj trevozhnosti Ch.D. Spielberga [A quick guide to the reactive and trait anxiety scale of Ch.D. Spielberger]. Leningrad, 1976. 18 p. (In Russ.)
6. Ayenew N.T., Endalew N.S., Agegnehu A.F., Bizuneh Y.B. Prevalence and factors associated with preoperative parental anxiety among parents of children undergoing anesthesia and surgery: A cross-sectional study. *Int. J. Surg. Open*. 2020; 24: 18–26. DOI: 10.1016/j.ijso.2020.03.004
7. Chieng Y.J., Chan W.C., Klainin-Yobas P., He H.G. Perioperative anxiety and postoperative pain in children and adolescents undergoing elective surgical procedures: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs*. 2014; 70(2): 243–255. DOI: 10.1111/jan.12205
8. Chow C., Rizwan A., Poulin L. [et al.]. Association of temperament with preoperative anxiety in pediatric patients undergoing surgery: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2019; 2(6). R. e195614. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.5614
9. Davidson A.J., Shrivastava P.P., Jansen K. [et al.]. Risk factors for anxiety at induction of anesthesia in children a prospective cohort study. *Pediatr Anesth*. 2006; 16: 919–927. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2006.01904.x
10. Friedrich S, Reis S, Meybohm P, Kranke P. Preoperative anxiety. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2022; 35(6): 674–678. DOI: 10.1097/ACO.0000000000001186
11. Gélinas C., Puntillo K.A., Levin P., Azoulay E. The Behavior Pain Assessment Tool for critically ill adults: A validation study in 28 countries. *Pain*. 2017; 158: 811–821. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000834
12. Getahun A.B., Endalew N.S., Mersha A.T., Admass B.A. Magnitude and Factors Associated with Preoperative Anxiety Among Pediatric Patients: Cross-Sectional Study. *Pediatric Health Med Ther*. 2020; 11: 485–494. DOI: 10.2147/PHMT.S288077
13. Kain Z.N., Caldwell-Andrews A.A., Maranets I. [et al.]. Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesth Analg*. 2004; 99(6): 1648–1654. DOI: 10.1213/01.ANE.0000136471.36680.97
14. Kain Z.N., Mayes L.C., O'Connor T.Z., Cicchetti D.V. Preoperative anxiety in children Predictors and outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1996; 150(12): 1238–1245. DOI: 10.1001/archpedi.1996.02170370016002
15. Kain Z.N., Mayes L.C., Weisman S.J., Hofstadter M.B. Social adaptability, cognitive abilities, and other predictors for children's reactions to surgery. *J Clin Anesth*. 2000; 12(7): 549–554. DOI: 10.1016/s0952-8180(00)00214-2
16. Kar S.K., Ganguly T., DasGupta C.S., Goswami A. Preoperative Anxiety in pediatric population: Anesthesiologists nightmare. *Translational biomedicine*. 2015. 6(4): 30. DOI: 10.21767/2172-0479.100030
17. Karling M, Stenlund H, Hägglöf B. Child behaviour after anaesthesia: associated risk factors. *Acta Paediatr*. 2007; 96(5): 740–747. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2007.00258.x
18. Liu W, Xu R, Jia J. [et al.] Research progress on risk factors of preoperative anxiety in children: A scoping review. *International journal of environmental research and public health*. 2022; 19(16): 9828. DOI: 10.3390/ijerph19169828
19. Rabbitts J.A., Groenewald C.B., Tai G.G., Palermo T.M. Presurgical psychosocial predictors of acute postsurgical pain and quality of life in children undergoing major surgery. *J Pain*. 2015; 16(3): 226–234. DOI: 10.1016/j.jpain.2014.11.015
20. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. 1970. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 24 p.

Received 22.02.2024

For citing: Dubinina E.A., Tsvetkova A.D., Vittenberg M.V., Kruglova N.V., Komolkin I.A., Alekhin A.N. Faktory predoperatsionnoj trevozhnosti u detej mladshogo shkol'nogo vozrasta, prokhodyashhikh khirurgicheskoe lechenie v svyazi s ortopedicheskoy patologiej. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (90): 82–92. (In Russ.)

Dubinina E.A., Tsvetkova A.D., Vitenberg M.V., Kruglova N.E., Komolkin I.A., Alekhin A.N. Factors of preoperative anxiety in primary school-aged children with orthopedic pathology undergoing surgical treatment. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 82–92. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-82-92

Н.В. Киселева, И.М. Улюкин, А.В. Григоров, В.А. Чуринов, Е.Д. Бакланова

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗУМНОСТЬ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С БОЕВОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

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

Актуальность. Известно, что войны каждой следующей эпохи существенно отличаются от войн эпохи предыдущей; современные локальные конфликты стали войной ракет, высокоточного оружия, дронов, электронного противодействия, что меняет и характер ранений. На этом фоне посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в частности у военнослужащих, возникшее после травматических событий, детерминирует сильный страх, беспомощность, ужас, вину, стыд, гнев, что снижает психологическое благополучие пострадавших людей, влияет на их психосоматическое состояние и создает сложности в плане их медико-психологической поддержки.

Цель. Изучение влияния посттравматических стрессовых реакций на психологическую разумность у военнослужащих с боевой хирургической травмой (огнестрельные и неогнестрельные ранения, закрытые и открытые травмы, комбинированные поражения различными видами оружия, которые относятся к боевой хирургической патологии).

Методология. Экспериментально-психологическое исследование по изучению влияния посттравматических стрессовых реакций на психологическую разумность у военнослужащих с боевой хирургической травмой было выполнено у мужчин в возрасте $35,83 \pm 9,26$ года, которые к моменту исследования находились на стационарном обследовании, лечении и реабилитации по поводу боевой хирургической травмы в соответствии и требованиями нормативных документов в 2022–2023 гг. в течение $6,28 \pm 1,1$ мес. (рассмотрение вопросов диагностики и лечения поражения целью данного исследования не являлось). Психометрические измерения выраженности посттравматических стрессовых реакций были проведены по Миссисипской шкале для оценки посттравматических реакций (военный вариант) [12], а психологической разумности – по Шкале психологической разумности [16] в адаптации на русском языке [9].

Результаты и их анализ. Установлено, что в группе пациентов с боевой хирургической травмой при проведении адекватных ситуации мероприятий медико-психологического

Киселева Наталья Викторовна – канд. психол. наук, начальник группы психол. работы, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: kiseleva72@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-8911-4458;

✉ Улюкин Игорь Михайлович – канд. мед. наук, науч. сотр., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: igor_ulyukin@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8911-4458;

Григоров Антон Владимирович – зам. начальника Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: vmeda-nio@mil.ru;

Чуринов Василий Александрович – зам. начальника фак-та подготовки врачей для ВМФ по воен.-полит. работе, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: vmeda-nio@mil.ru;

Бакланова Екатерина Дмитриевна – психолог группы психол. работы, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: vmeda-nio@mil.ru

сопровождения у большинства обследованных пациентов психосоматическая адаптация оценивается как хорошая. Больных с нарушением психологической адаптации выявлено немного; возможно, изменения связаны с преморбидными проблемами. Ведущим параметром психологической разумности явилась «Заинтересованность в сфере переживаний», что подразумевает вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки; то есть обследованные пациенты ощущают изменения в своих чувствах, осмысленнее подходят к пониманию собственного поведения и проявляют интерес к мотивам поведения других людей, что важно с точки зрения последующей социальной адаптации.

Заключение. Психологическая профилактика нарушений психической адаптации в непривычных условиях жизнедеятельности предполагает знание различных аспектов жизнедеятельности для формирования адекватного поведения в изменившихся условиях; это позволяет выделить группы риска, в отношении которых по показаниям необходимо проводить профилактические медико-психологические интервенции. Так, по разным данным, наиболее успешным подходом к решению проблемы считается комплексная стратегия, включающая в себя психофармакологические, психологические и реабилитационные методы воздействия на пострадавших.

Ключевые слова: клиническая психология, боевая хирургическая травма, лица молодого возраста, посттравматические стрессовые реакции, Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант), психологическая разумность, медико-психологическое сопровождение.

Введение

Известно, что войны каждой следующей эпохи существенно отличаются от войн эпохи предыдущей; современные локальные конфликты стали войной ракет, высокоточного оружия, дронов, электронного противодействия, что сразу меняет характер ранений [3]. Установлено, что травмы, связанные с боевыми действиями, составляют примерно две трети всех видов травм; наиболее частыми механизмами травм были осколочные или взрывные ранения (44,8%), огнестрельные ранения (28,1%), автокатастрофы / дорожно-транспортные происшествия (9,1%) [15]. Отмечено, что во время Специальной военной операции 2022 г. по сравнению с 2014–2021 гг. увеличилось количество пострадавших с ранениями конечностей, у которых были переломы длинных костей, а также увеличился процент людей с переломами длинных костей, у которых были костные дефекты, что может быть связано с более высокой энергией взрыва боеприпасов, использованных в этом конфликте [20].

Показано, что на этом фоне посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), в частности у военнослужащих, возникшее после травматических событий, детерминирует острый реальный патологический социальный страх, беспомощность, ужас,

вину, стыд, гнев, что снижает психологическое благополучие пострадавших людей и влияет на их психосоматическое состояние [2]. Так, для военнослужащих Вооруженных сил Украины, задействованных в военном конфликте на Донбассе, характерны низкая самооценка здоровья, соматические беспокойства; высокая распространенность ПТСР, тревоги, бессонницы, депрессии, социальной дисфункции; умеренные когнитивные нарушения и неврологические признаки, а при электроэнцефалографии у них выявлены изменения, свидетельствующие о раздражении кортиколимбической системы и диэнцефальных структур, что влечет за собой постконфликтные изменения личности этих лиц [24]. Отмечено, что у 52,7% обследованных были симптомы психологического дистресса; 54,1% из них сообщили о симптомах тревоги, 46,8% сообщили о симптомах депрессии, а 12,1% – о симптомах бессонницы [30]; продуктивные стратегии преодоления трудностей, включающие, в частности, поведенческое отстранение, самоотвлечение и планирование, были в значительной степени обусловлены возможностями психического здоровья. По данным других авторов, совокупная частота ПТСР составила 27,8% у ветеранов, комбатантов и освобожденных солдат; причины различия полученных ре-

зультатов, как считают, могут быть связаны с разным количеством полевых миссий, множественных травм, иными показателями боевого воздействия, а также с отличиями в стратегиях сбора материала и методов его измерения [27]. Вместе с тем нарушения, связанные с тревогой, наблюдаемые с «мирного времени» среди профессиональных солдат и их командования, указывают на необходимость индивидуальной психологической подготовки для получения навыков, позволяющих снизить бремя тревоги, что обусловлено и высокой частотой употребления психоактивных веществ в ходе «острых» конфликтов (в том числе и среди непрофессиональных военнослужащих в военное время) [17].

Разными исследователями отмечено, что гипервозбуждение и диссоциация являются предикторами тяжести заболевания, а повторное переживание – предиктором суицидальных намерений у ветеранов с боевым ПТСР [14]; полагают, что дальнейшее изучение этой темы поможет выявить биологические или более чувствительные психосоциальные маркеры, предсказывающие тяжесть заболевания и прогноз.

Также необходимо отметить и тот факт, что ПТСР зачастую изображается в средствах массовой информации искаженно: преувеличивается травма, вызванная боевыми действиями; игнорируются варианты лечения, что имеет прямые последствия для пострадавших людей; отдается предпочтение мужчинам перед женщинами при поиске новостей [25].

Показана гетерогенность долгосрочных последствий боевых действий, при том что острые функциональные нарушения предсказывают патологические исходы [19], а социальные ресурсы выявляются на уровне семьи и общества. Так, отмечено существование ПТСР с отсроченным началом (в 16,5% случаев) [18], потому как полагают, что пост-, пери- и предтравматические жизненные события связаны со временем начала ПТСР, что влечет за собой необходимость изучать не только первоначальную травму, но и стрессовые переживания на протяжении жизненного цикла выживших.

Важно подчеркнуть, что, по разным данным, период реадaptации участников боевых действий к условиям мирной жизни, помимо прочего, в значительной степени определяется рядом неблагоприятных социальных факторов, оказывающих повторное психотравмирующее воздействие на экс-комбатантов. Так, в свое время было отмечено, что как реакции на боевой стресс во время войны, так и ПТСР у ветеранов военной службы были связаны с усилением психиатрических нарушений у их жен, а это нашло свое отражение в изменениях социальных отношений этих женщин в широком диапазоне контекстов (от внутреннего чувства одиночества до нарушения супружеских и семейных отношений и распространения изменений на более широкие аспекты их социальной жизни) [29].

Цель – изучение влияния посттравматических стрессовых реакций на психологическую разумность у военнослужащих с боевой хирургической травмой (огнестрельные и неогнестрельные ранения, закрытые и открытые травмы, комбинированные поражения различными видами оружия, которые относятся к боевой хирургической патологии [7]) с целью улучшения их медико-психологического сопровождения.

Материал и методы

Экспериментально-психологическое исследование по изучению влияния посттравматических стрессовых реакций на психологическую разумность у военнослужащих с боевой хирургической травмой было выполнено у мужчин в возрасте $35,83 \pm 9,26$ лет, которые к моменту исследования находились на стационарном обследовании, лечении и реабилитации в 2022–2023 гг. в течение $6,28 \pm 1,1$ мес. по поводу боевой хирургической травмы в соответствии с требованиями нормативных документов [4, 7, 8] (рассмотрение вопросов диагностики и лечения поражения целью данного исследования не являлось).

Выраженность посттравматических стрессовых реакций у обследованных лиц оцени-

валась по Миссисипской шкале для оценки посттравматических реакций (МШ), которая изначально была разработана для оценки степени выраженности посттравматических стрессовых реакций у ветеранов боевых действий [21, 22]; в нашем исследовании был применен военный вариант адаптированной версии этого опросника [12]. Предназначение опросника – подтверждение диагноза ПТСР у тех, у кого его можно ожидать, и оценка степени тяжести этого расстройства. По мнению авторов адаптации, значения показателей надежности русскоязычной версии Миссисипской шкалы совпадают с таковыми у оригинальной версии этой методики.

Интерпретация результатов теста [6]:

35–96 баллов – хороший уровень адаптации (ХА);

97–111 баллов – нарушение адаптации (НА);

112 баллов и более – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Средние значения МШ (военный вариант) приводятся по данным Н.В. Тарабриной [12] в табл. 1.

Степень доступности для человека его внутреннего мира, опыта и переживаний была изучена по Шкале психологической разумности (сокр. ШПР, англ. Psychological mindedness), которая была разработана Х. Конте [16], а на русском языке адаптирована М.А. Новиковой и Т.В. Корниловой [9]. Данный феномен традиционно рассматривается как способность человека видеть связь между мыслями, чувствами и действиями с целью познания значений и причин этих переживаний и поведения.

К настоящему времени среди исследователей нет единой точки зрения относительно связи психологической разумности и таких социально-демографических характеристик, как пол, возраст, уровень образования и профессиональная направленность. Считается, что женщины демонстрируют значимо более высокие показатели психологической разумности, чем мужчины [26, 28]. При этом авторами адаптации опросника по общему показателю психологической разумности (подсчитываемому как сумма баллов по всем пяти шкалам) значимых различий между мужчинами и женщинами не обнаружено; отличия выявлены лишь по шкале «Заинтересованность в сфере субъективных переживаний» (женщины оценивают себя выше) и по шкале «Желание и готовность обсуждать свои проблемы с окружающими» (более высокие показатели у мужчин).

Есть мнение, что психологическая разумность имеет только два основных измерения – заинтересованность в собственной сфере чувств и их доступность для анализа [26]. Однако авторы русской адаптации методики считают пятифакторное решение более удовлетворительным по психометрическим показателям и содержательным основаниям шкал [9].

Вместе с тем, хотя, как полагают, психологическая разумность занимает особое место в психологической практике, в настоящее время в нашей стране нет однозначных данных о социально-демографических характеристиках психологической разумности и о том, насколько психологическая разумность обусловлена базовыми личностными чертами [11]; некоторые данные приведены в табл. 2.

Таблица 1

Средние значения ($M \pm m$) для Миссисипской шкалы (военный вариант) [12]

Группы	$M \pm m$
Сотрудники МВД	64,65 ± 16,13
Военнослужащие Северо-Кавказского военного округа	73,76 ± 19,64
Ветераны Афганистана, «норма»	70,18 ± 11,76
Ветераны Афганистана, ПТСР	92,00 ± 15,55

Таблица 2

Уровень психологической разумности у мужчин [11]

Шкала		Среднее значение
Заинтересованность в сфере субъективных переживаний	М	21,02
Психологическая разумность (итог)	М	82,96

Исследование проводилось групповым методом в течение 40 мин. У всех обследованных было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Работа выполнена в соответствии с положениями нормативных документов о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных [10]. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики [13].

Следует отметить, что подобное исследование у данного контингента пораженных проведено впервые.

Результаты и обсуждение

Данные настоящего исследования свидетельствуют о том, что при проведении адекватных ситуации мероприятий медико-психологического сопровождения у большинства обследованных пациентов психосоматическая адаптация оценивается как хорошая. Больных с нарушением психологической адаптации выявлено немного; возможно, изменения связаны с преморбидными проблемами (табл. 3).

При анализе показателей Шкалы психологической разумности в обследованной группе лиц (табл. 4) отмечено, что наибольшее значение присуще шкале «Заинтересованность в сфере переживаний», что важно с точки зрения самоанализа и, соответственно, работы над собой, а также – традиционно – в аспекте важной предпосылки удачного прохождения психотерапии. Возможно, по-

Таблица 3

Показатели адаптации по Миссисипской шкале (военный вариант) в обследованной группе лиц (M ± m, %)

Уровни адаптации	%	M ± m
ХА	96,0	55,4 ± 11,79
НА	3,0	103, 0
ПТСР	1,0	129,0
в среднем по группе	100,0	57,27 ± 13,4

Таблица 4

Показатели Шкалы психологической разумности в обследованной группе лиц (M ± m)

Показатели	M ± m
Заинтересованность в сфере переживаний	17,9 ± 2,05
Доступность переживаний	13,63 ± 1,4
Польза от обсуждения переживаний	14,35 ± 1,58
Желание и готовность обсуждать переживания	13,86 ± 2,31
Открытость новому опыту	13,71 ± 1,39
Психологическая разумность (итог)	73,45

этому итоговое значение ШПР у обследованных нами лиц сравнимо с данными, полученными в условиях социальной стабильности общества на момент исследования, ранее проведенного другими авторами [11].

Установлено, что корреляционная связь между показателями МШ и показателями ШПР очень слабая ($r < 0,19$).

Наиболее выраженная корреляционная связь (расцененная как средняя) отмечена между показателями ШПР «Заинтересованность в сфере переживаний» и «Польза от обсуждения переживаний» ($r = 0,53$).

Как умеренная расценена корреляционная связь показателями ШПР «Заинтересованность в сфере переживаний» и «Доступность переживаний» ($r = 0,48$); «Заинтересованность в сфере переживаний» и «Открытость новому опыту» ($r = 0,35$). Умеренной является и корреляционная взаимосвязь показателей шкал «Доступность переживаний» и «Польза от обсуждения переживаний» ($r = 0,35$), «Желание и готовность обсуждать переживания» ($r = 0,35$), «Открытость новому опыту» ($r = 0,35$). Корреляционная взаимосвязь шкал «Польза от обсуждения переживаний» и «Желание и готовность обсуждать переживания» также является умеренной ($r = 0,3$).

Заключение

Считается, что военная медицина фокусируется на искусстве и науке военного дела с основной целью – способствовать успеху военной миссии [23]. Поэтому в основе обе-

спечения готовности медицинской службы Вооруженных сил к выполнению задач в условиях гибридной войны лежит работа, в частности, по разработке и совершенствованию методик индикации поражающих факторов, профилактики, диагностики и лечения инфекционных и психосоматических заболеваний вследствие преднамеренного воздействия на здоровье людей [5].

Так, в проведенном нами исследовании отмечено, что в группе пациентов с боевой хирургической травмой при проведении адекватных ситуации мероприятий медико-психологического сопровождения у большинства обследованных пациентов психосоматическая адаптация оценивается как хорошая. Больных с нарушением психологической адаптации выявлено немного; возможно, изменения связаны с преморбидными проблемами. Необходимо подчеркнуть, что выявленные стрессовые изменения были обусловлены именно основным заболеванием, так как преморбидные соматическая, физиологическая астения либо другие причины как следствие дизрегуляции диагностированы не были.

То есть при необходимости проведения медико-психологической интервенции в процессе преодоления негативных последствий патологического стресса поведенческий подход позволяет более дифференцированно подойти к различиям в их преодолении и к парадигмам, перспективным с точки зрения возможности решения возникающих вопросов.

Установлено, что основным параметром ШПР явилась «Заинтересованность в сфере переживаний», что подразумевает вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки; т.е. обследованные пациенты ощущают изменения в своих чувствах, осмысленнее подходят к пониманию собственного поведения и проявляют интерес к мотивам поведения других людей, что важно с точки зрения последующей социальной адаптации.

Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке алгоритмов психологической поддержки и реабилитации, сохранения здоровья пораженных лиц, в планировании и осуществлении индивидуальных мероприятий медико-психологического сопровождения.

Литература

1. Алёхин А.Н., Неберекутина Э.А. Психологические аспекты реакции адаптации в измененных условиях жизнедеятельности // Вестник психотерапии. 2023. № 85. С. 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-28-36
2. Аникина Я.В. Особенности взаимосвязи чувства вины и посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих // Концепт. 2020. № 12. URL: <http://e-koncept.ru/2020/202051.htm> (дата обращения: 20.11.2023). DOI: 10.24411/2304-120X-2020-12051
3. Варзин С. Нам нужен главный хирург СВО // Суть времени. № 551. 18 сентября 2023 г. URL: <https://rossaprimavera.ru/article/442abca0> (дата обращения: 14.03.2024).
4. Военно-полевая хирургия / ред. Е.К. Гуманенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 768 с.
5. Калачёв О.В., Крюков Е.В., Крайнюков П.Е. [и др.]. Обеспечение готовности медицинской службы Вооруженных Сил к работе в условиях гибридной войны // Воен.-мед. журн. 2021. Т. 342, №12. С. 15–22. DOI: 10.52424/00269050_2021_342_12_15
6. Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М. Психодиагностика стресса. Казань: Изд-во КНИТУ, 2012. 212 с.
7. Методические рекомендации по лечению боевой хирургической травмы (утверждены начальником ГВМУ МО РФ 01.09.2022 г.). М.: Изд-во ГВМУ МО РФ, 2022. 373 с.
8. Начала военно-полевой хирургии / ред. М. Хан, Д. Нотт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 368 с.
9. Новикова М.А., Корнилова Т.В. Психологическая разумность в структуре интеллектуально-личностного потенциала // Психологический журнал. 2014. Т. 35. № 1. С. 95–110.
10. Отанесян Т.Д. Право на защиту персональных данных: исторический аспект и современная концептуализация в эпоху Big Data // Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. 2020. № 2. С. 48–63. DOI: 10.12737/jflcl.2020.010
11. Путилова О.В., Виндекер О.С. Исследование психологической разумности в связи с базовыми личностными чертами // Известия Уральского федер. ун-та. Сер. 1 «Проблемы образования, науки и культуры». 2019. Т. 25, № 3(189). С. 175–185.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
13. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. СПб.: Изд-во ВМА, 2011. 318 с.

14. Able M.L., Benedek D.M. Severity and Symptom Trajectory in Combat-Related PTSD: A Review of the Literature // *Curr. Psychiatry Rep.* 2019. Vol. 21, N. 7. P. 58. DOI: 10.1007/s11920-019-1042-z
15. Cai Y.L., Ju J.T., Liu W.B., Zhang J. Military Trauma and Surgical Procedures in Conflict Area: A Review for the Utilization of Forward Surgical Team // *Mil. Med.* 2018. Vol. 183, N. 3–4. e97–e106. DOI: 10.1093/milmed/usx048
16. Conte H.R., Ratto R., Karasu T.B. The psychological mindedness scale: factor structure and relationship to outcome of psychotherapy // *J. Psychother. Pract. Res.* 1996. Vol. 5, N. 3. Pp. 250–259.
17. Haydabrus A., Santana-Santana M., Lazarenko Y., Gimenez-Llort L. Current War in Ukraine: Lessons from the Impact of War on Combatants' Mental Health during the Last Decade // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022. Vol. 19, N. 17. P. 10536. DOI: 10.3390/ijerph191710536
18. Horesh D., Solomon Z., Zerach G., Ein-Dor T. Delayed-onset PTSD among war veterans: the role of life events throughout the life cycle // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011. Vol. 46, N. 9. Pp. 863–870. DOI: 10.1007/s00127-010-0255-6
19. Karstoft K.I., Armour C., Elklit A., Solomon Z. Long-term trajectories of posttraumatic stress disorder in veterans: the role of social resources // *J. Clin. Psychiatry.* 2013. Vol. 74, N. 12. e1163–8. DOI: 10.4088/JCP.13m08428
20. Kazmirchuk A., Yarmoliuk Y., Lurin I. [et al.]. Ukraine's Experience with Management of Combat Casualties Using NATO's Four-Tier "Changing as Needed" Healthcare System // *World J. Surg.* 2022. Vol. 46, N. 12. Pp. 2858–2862. DOI: 10.1007/s00268-022-06718-3
21. Keane N.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity // *J. Consulting and Clin. Psychol.* 1988. Vol. 56, N. 1. Pp. 85–90. DOI: 10.1037//0022-006x.56.1.85
22. Keane T.M., Wolfe J., Taylor K.L. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment // *J. Clin. Psychol.* 1987. Vol. 43, N. 1. Pp. 32–43. DOI: 10.1002/1097-4679(198701)43:1<32::aid-jclp2270430106>3.0.co;2-x
23. Liu G.D., Wang N., Wang H.M. [et al.]. Military medical research on internal diseases in modern warfare: new concepts, demands, challenges, and opportunities // *Mil. Med. Res.* 2021. Vol. 8, N. 1. P. 20. DOI: 10.1186/s40779-021-00313-8
24. Loganovsky K.N., Zdanevich N.A., Gresko M.V. [et al.]. Neuropsychiatric characteristics of antiterrorist operation combatants in the Donbass (Ukraine) // *CNS Spectr.* 2018. Vol. 23, N. 2. Pp. 178–184. DOI: 10.1017/S1092852917000190
25. Long A., Jain P., Roark J. PTSD Coverage in the New York Times: Implications for the State of Mental Health in the U.S. // *J. Health Commun.* 2022. Vol. 27, N. 7. Pp. 471–483. DOI: 10.1080/10810730.2022.2121881.
26. Nyklicek I., Denollet J. Development and evaluation of balanced index of psychological mindedness (BIPM) // *Psychological Assessment.* 2009. Vol. 21, N. 1. Pp. 32–44. DOI: 10.1037/a0014418
27. Shahmiri Barzoki H., Ebrahimi M., Khoshdel A. [et al.]. Studying the Prevalence of PTSD in Veterans, Combatants and Freed Soldiers of Iran-Iraq War: A Systematic and Meta-analysis Review // *Psychol. Health Med.* 2023. Vol. 28, N. 3. Pp. 812–818. DOI: 10.1080/13548506.2021.1981408
28. Shill M.A., Lumley M.A. The Psychological Mindedness Scale: factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample // *Psychol. Psychother.* 2002. N. 75 (Pt. 2). Pp. 131–150. DOI: 10.1348/147608302169607
29. Solomon Z., Waysman M., Levy G. [et al.]. From front line to home front: a study of secondary traumatization // *Fam. Process.* 1992. Vol. 31, N. 3. Pp. 289–302. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1992.00289.x
30. Xu W., Pavlova I., Chen X. [et al.]. Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022 // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2023. Vol. 69, N. 4. Pp. 957–966. DOI: 10.1177/00207640221143919.

Поступила 25.12.2023

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

Для цитирования: Киселева Н.В., Улюкин И.М., Григоров А.В., Чуринов В.А., Бакланова Е.Д. Посттравматическое стрессовое расстройство и психологическая разумность у военнослужащих с боевой хирургической травмой // *Вестник психотерапии*. 2024. № 90. С. 93–102. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-93-102

Участие авторов: Н.В. Киселева – сбор эмпирического материала, планирование и обобщение полученных результатов, редактирование окончательного варианта статьи; И.М. Улюкин – обработка результатов, связанных с публикацией статьи, подготовка первого и окончательного вариантов статьи; А.В. Григоров – обработка результатов, связанных с публикацией статьи, подготовка первого варианта статьи; В.А. Чуринов – обработка результатов, связанных с публикацией статьи, подготовка первого варианта статьи; Е.Д. Бакланова – сбор эмпирического материала, обработка результатов, связанных с публикацией статьи.

N.V. Kiseleva, I.M. Ulyukin, A.V. Grigorov, V.A. Churin, E.D. Baklanova

Post-Traumatic Stress Disorder and Psychological Mindedness

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

Natalya Viktorovna Kiseleva – PhD Psychol. Sci., Head of the psychological group, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: kiseleva72@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-8911-4458;

✉ Igor' Mikhailovich Ulyukin – PhD Med. Sci., Research Associate, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: igor_ulyukin@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8911-4458;

Anton Vladimirovich Grigorov – Deputy Head of the Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: vmeda-nio@mil.ru;

Vasily Aleksandrovich Churin – Deputy Head of the Faculty of Training Doctors for the Navy, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: vmeda-nio@mil.ru;

Ekaterina Dmitrievna Baklanova – psychologist, psychological work' group, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., St. Petersburg, 194044, Russia); e-mail: vmeda-nio@mil.ru

Abstract

Relevance. It is known that the wars of each subsequent era differ significantly from the wars of the previous era; modern local conflicts have become a war of missiles, smart projectiles, drones, electronic countermeasures, which immediately changes the nature of injuries. Against this background, post-traumatic stress disorder, in particular among military personnel, which arose after traumatic events, determines severe fear, helplessness, horror, guilt, shame, anger, which reduces the psychological well-being of the affected people and affects their psychosomatic state, which creates difficulties in their medical and psychological support.

Intention – to investigate the influence of post-traumatic stress reactions on psychological resilience in military personnel with combat surgical trauma (gunshot and non-gunshot wounds, closed and open injuries, combined injuries from various weapons classified as combat surgical pathology).

Methodology. An experimental psychological research to study the influence of post-traumatic stress reactions on psychological mindedness in military personnel with combat surgical trauma was carried out in men aged 35.83 ± 9.26 years, who at the time of the study were undergoing inpatient examination, treatment and rehabilitation for combat surgical injuries in accordance with the requirements of regulatory documents in 2022–2023 for 6.28 ± 1.1 months (considering the issues of diagnosis and treatment of the lesion was not the purpose of this study). Psychometric measurements of the severity of post-traumatic stress reactions were carried out according to the «Mississippi Scale for Combat Related PTSD» (military version) [12], and psychological mindedness – according to the «The psychological mindedness scale» [16], adaptation in Russian [9].

Results and Discussion. It was found that in the group of patients with combat surgical trauma, when adequate medical and psychological support measures were carried out in the majority of examined patients, psycho-somatic adaptation was assessed as good. Few patients with impaired psychological adaptation have been identified; perhaps the changes are associated with premorbid problems. The main parameter of psychological mindedness was «Interest in the sphere of experiences», which implies entering into social contact, seeking social support; that is, the examined patients feel changes in their feelings, take a more meaningful approach to understanding their own behavior and show interest in the motives of other people's behavior, which is important from the point of view of subsequent social adaptation.

Conclusion. Psychological prevention of mental adaptation's disorders in unusual conditions of life involves knowledge of various aspects of life in order to form adequate behavior in changed conditions; this allows us to identify risk groups for which, according to indications, it is necessary to carry out preventive medical and psychological interventions. Thus, according to various sources, the most successful approach to solving the problem is considered to be a comprehensive strategy, including psychopharmacological, psychological and rehabilitation methods aimed at influencing victims.

Keywords: clinical psychology, combat surgical trauma, young people, post-traumatic stress reactions, Mississippi scale for assessing post-traumatic reactions (military version), psychological mindedness, medical and psychological support.

References

1. Alekhin A.N., Neberekutina E.A. Psikhologicheskie aspekty reaktsii adaptatsii v izmenennykh usloviyakh zhiznedeyatel'nosti [Psychological aspects of adaptive response in changed living conditions]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2023; 85: 28–36. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-85-28-36 (In Russ.)
2. Anikina Y. Osobennosti vzaimosvyazi chuvstva viny i posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva u voyennosluzhashchikh [Some features of the relationship between feelings of guilt and post-traumatic stress disorder in military personnel]. *Kontsept* [Concept]. 2020; 12. URL: <http://e-koncept.ru/2020/202051.htm>. DOI: 10.24411/2304-120X-2020-12051 (In Russ.)
3. Varzin S. Nam nuzhen glavnyy khirurg spetsial'noy voyennoy operatsii [We need a chief surgeon for a special military operation]. *Sut' vremeni* [The essence of time]. № 551. 2023.09.18. URL: <https://rossaprimavera.ru/article/442abca0> (In Russ.)
4. *Voyenno-polevaya khirurgiya* [Military field surgery]. Ed. E.K. Gumanenko. Moscow, 2022. 768 p. (In Russ.)
5. Kalachev O.V., Kryukov E.V., Krainyukov P.E. [et al.]. Obespecheniye gotovnosti meditsinskoj sluzhby Vooruzhennykh Sil k rabote v usloviyakh gibridnoy voyny [Ensuring the readiness of the medical service of the armed forces to work in a hybrid warfare]. *Voenno-meditsinskij zhurnal* [Military Medical Journal] 2021; 342(12): 15–22. DOI: 10.52424/00269050_2021_342_12_15 (In Russ.)
6. Kupriyanov R.V., Kuzmina Yu.M. Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnostics of stress]. Kazan', 2012. 212 p. (In Russ.)
7. *Metodicheskiye rekomendatsii po lecheniyu boyevoy khirurgicheskoy travmy* [Guidelines for the treatment of combat surgical trauma]. Moscow, 2022. 373 p. (In Russ.)
8. *Nachala voyenno-polevoy khirurgii* [The Beginnings of Military Field Surgery]. Eds. M. Khan, D. Knott. Moscow, 2023. 368 p. (In Russ.)
9. Novikova M.A., Kornilova T.V. Psikhologicheskaya razumnost' v strukture intellektual'no-lichnostnogo potentsiala [Psychological mindedness in the structure of intellectual and personal potential (adaptation of questionnaire)]. *Psikhologicheskij zhurnal* [Psychological Journal]. 2014; 35 (1): 95–110 (In Russ.)
10. Oganessian T.D. Pravo na zashhitu personal'nykh dannykh: istoricheskij aspekt i sovremennaya kontseptualizatsiya v ehpkhu Big Data [The right to personal data protection: historical aspect and modern conceptualization in the age of Big Data]. *ZHurnal zarubezhnogo zakonodatel'stva i sravnitel'nogo pravovedeniya* [Journal of Foreign Legislation and Comparative Law]. 2020; 2: 48–63. DOI: 10.12737/jflcl.2020.010 (In Russ.)
11. Putilova O.V., Vindeker O.S. Issledovanie psikhologicheskoy razumnosti v svyazi s bazovymi lichnostnymi chertami [The study of psychological mindedness in connection with basic personality traits]. *Izvestiya Ural'skogo federal'nogo universiteta. Seriya 1 «Problemy obrazovaniya, nauki i kul'tury»* [Izvestia Ural Federal University Journal.. Ser. 1 «Issues in education, science and culture»]. 2019; 25 (3-189): 175–185. (In Russ.)
12. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Practical work on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg, 2001. 272 p. (In Russ.)
13. Junkerov V.I., Grigoriev S.G., Rezvantsev M.V. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematical and statistical processing of medical research data]. St. Petersburg, 2011. 318 p. (In Russ.)
14. Able M.L., Benedek D.M. Severity and Symptom Trajectory in Combat-Related PTSD: a Review of the Literature. *Curr. Psychiatry Rep.* 2019; 21 (7): 58. DOI: 10.1007/s11920-019-1042-z
15. Cai Y.L., Ju J.T., Liu W.B., Zhang J. Military Trauma and Surgical Procedures in Conflict Area: A Review for the Utilization of Forward Surgical Team. *Mil. Med.* 2018; 183 (3-4): e97-e106. DOI: 10.1093/milmed/usx048
16. Conte H.R., Ratto R., Karasu T.B. The psychological mindedness scale: factor structure and relationship to outcome of psychotherapy. *J. Psychother. Pract. Res.* 1996; 5 (3): 250–259.
17. Haydabrus A., Santana-Santana M., Lazarenko Y., Giménez-Llort L. Current War in Ukraine: Lessons from the Impact of War on Combatants' Mental Health during the Last Decade. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022; 19 (17): 10536. DOI: 10.3390/ijerph191710536
18. Horesh D., Solomon Z., Zerach G., Ein-Dor T. Delayed-onset PTSD among war veterans: the role of life events throughout the life cycle. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2011; 46 (9): 863–870. DOI: 10.1007/s00127-010-0255-6
19. Karstoft K.I., Armour C., Elklit A., Solomon Z. Long-term trajectories of posttraumatic stress disorder in veterans: the role of social resources. *J. Clin. Psychiatry.* 2013; 74 (12): e1163–8. DOI: 10.4088/JCP.13m08428
20. Kazmirchuk A., Yarmoliuk Y., Lurin I. [et al.]. Ukraine's Experience with Management of Combat Casualties Using NATO's Four-Tier «Changing as Needed» Healthcare System. *World J. Surg.* 2022; 46 (12): 2858–2862. DOI: 10.1007/s00268-022-06718-3

21. Keane N.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity. *J. Consulting and Clin. Psychol.* 1988; 56 (1): 85–90. DOI: 10.1037//0022-006x.56.1.85
22. Keane T.M., Wolfe J., Taylor K.L. PTSD: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *J. Clin. Psychol.* 1987; 43 (1): 32–43. DOI: 10.1002/1097-4679(198701)43:1<32::aid-jclp2270430106>3.0.co;2-x
23. Liu G.D., Wang N., Wang H.M. [et al.]. Military medical research on internal diseases in modern warfare: new concepts, demands, challenges, and opportunities. *Mil. Med. Res.* 2021; 8 (1): 20. DOI: 10.1186/s40779-021-00313-8
24. Loganovsky K.N., Zdanevich N.A., Gresko M.V. [et al.]. Neuropsychiatric characteristics of antiterrorist operation combatants in the Donbass (Ukraine). *CNS Spectr.* 2018; 23(2): 178–184. DOI: 10.1017/S1092852917000190
25. Long A., Jain P., Roark J. PTSD Coverage in the New York Times: Implications for the State of Mental Health in the U.S. *J. Health Commun.* 2022; 27 (7): 471–483. DOI: 10.1080/10810730.2022.2121881
26. Nyklicek I., Denollet J. Development and evaluation of balanced index of psychological mindedness (BIPM). *Psychological Assessment.* 2009; 21 (1): 32–44. DOI: 10.1037/a0014418
27. Shahmiri Barzoki H., Ebrahimi M., Khoshdel A. [et al.]. Studying the Prevalence of PTSD in Veterans, Combatants and Freed Soldiers of Iran-Iraq War: A Systematic and Meta-analysis Review. *Psychol. Health Med.* 2023; 28 (3): 812–818. DOI: 10.1080/13548506.2021.1981408
28. Shill M.A., Lumley M.A. The Psychological Mindedness Scale: factor structure, convergent validity and gender in a non-psychiatric sample. *Psychol. Psychother.* 2002; 75 (Pt. 2): 131–150. DOI: 10.1348/147608302169607
29. Solomon Z., Waysman M., Levy G. [et al.]. From front line to home front: a study of secondary traumatization. *Fam. Process.* 1992; 31 (3): 289–302. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1992.00289.x
30. Xu W., Pavlova I., Chen X. [et al.]. Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2023; 69 (4): 957–966. DOI: 10.1177/00207640221143919

Received 25.12.2023

For citing: Kiseleva N.V., Ulyukin I.M., Grigorov A.V., Churin V.A., Baklanova E.D. Posttraumatic stress disorder and psychological mindedness in military personnel with combat surgical trauma. *Vestnik psichoterapii*. 2024; (90): 93–102. (In Russ.)

Kiseleva N.V., Ulyukin I.M., Grigorov A.V., Churin V.A., Baklanova E.D. Post-traumatic stress disorder and psychological mindedness in military personnel with combat surgical trauma. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 93–102. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-93-102

О.И. Богачева

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Научный центр психического здоровья (Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 34)

Актуальность. Информирование родителей детей с нарушениями развития является одним из важных принципов семейно-ориентированного подхода при организации комплексной помощи детям. Одной из задач детской патопсихологии является работа с семьей ребенка, включающая психологическое образование (просвещение) и психологическую поддержку родителей, воспитывающих детей с нарушениями развития.

Цель – выстроить структуру и определить содержание психологической образовательной программы для родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Психологическая образовательная программа для родителей, воспитывающих детей с РАС, направлена на восполнение у родителей недостающих знаний об особенностях заболевания и формах медикаментозной и психолого-педагогической помощи детям с РАС. Программа состоит из семи еженедельных встреч продолжительностью 1,5–2 часа по следующим темам: знакомство; понятие «аутизм» и расстройства аутистического спектра; современные подходы к лечению и реабилитации детей с РАС, роль семьи в лечебно-реабилитационном процессе; особенности формирования и развития психических функций у детей с РАС; особенности эмоционального и коммуникативного развития у детей с РАС; особенности организации обучения и коррекционно-развивающих занятий для детей с РАС; подведение итогов, завершение работы группы.

Заключение. Разработка и проведение психологической образовательной программы для родителей должны рассматриваться как необходимое звено начального этапа оказания комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий ребенку с нарушением развития. Такие программы не требуют значительных затрат и времени на обучение специалистов. Среди положительных эффектов психологического образования – изменение отношения родителей к болезни ребенка в направлении признания факта наличия у ребенка диагноза и повышение родительской приверженности в отношении рекомендаций мультидисциплинарной команды специалистов.

Ключевые слова: психологическое образование, программа для родителей, аутизм, расстройства аутистического спектра, РАС, отношение к болезни.

Введение

Информирование родителей детей с нарушениями развития о проблемах здоровья и возможной помощи является одним из важных принципов семейно-ориентированного подхода при организации комплексной помощи детям в образовательных и меди-

цинских учреждениях [3, 17, 19]. При отсутствии достоверных знаний у родителей и других членов семьи может формироваться искаженное представление о самом заболевании у ребенка, его проявлениях и о возможностях терапии [14]. Восполнить дефицит информации у родителей, снабдить

их полезными навыками совладания с трудными ситуациями, связанными с болезнью ребенка, а также повысить качество жизни семьи призвано психологическое образование, или просвещение, – psychoeducation, как его называют в англоязычной литературе [10, 20, 21].

Для отечественной медицинской и клинико-психологической практики психологическая образовательная работа с совершеннолетними пациентами и их родственниками является относительно новым и активно развивающимся видом психосоциальной реабилитации [20]. Одной из задач детской патопсихологии является работа с семьей ребенка, которая должна включать психологическую поддержку и просвещение (психологическое образование) родителей [4, 12]. Так, по мнению Е.Р. Баенской, психологическую работу с родителями детей с нарушениями психического развития, направленную на поддержку, информирование и обучение взаимодействию, должен проводить специалист (психиатр или психолог), который непосредственно работает с ребенком. Благодаря этому специалист может отслеживать малейшие изменения в состоянии ребенка и своевременно корректировать психологическую работу, а также давать рекомендации родителям [1].

В последние несколько десятилетий большое внимание уделяется проблемам детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), при этом в процессе организации специализированной помощи внимание обращается не только на ребенка, но и на всю семью в целом [2, 13]. Современный подход оказания помощи детям с РАС включает в себя не только медицинское сопровождение, индивидуальные и групповые формы психологической, дефектологической и логопедической коррекции, проводимой с ребенком, но и отдельную работу с семьей. При этом нередко основной акцент делается на информирование и обучение родителей более продуктивным способам взаимодействия с ребенком [16]. В Беларуси имеется опыт применения психологического образовательного подхода при оказании помощи семьям

с детьми с РАС. По мнению авторов, данный комплекс содержит информационный блок, включающий изучение рекомендаций-памяток, содержащих общие рекомендации о способах взаимодействия с ребенком, имеющим диагноз «РАС». Данный комплекс содержит также консультативно-коррекционный блок с использованием диагностических методик и приемов индивидуального и группового консультирования [11]. В России при помощи некоммерческой организации Фонд помощи детям и молодежи «Обнаженные сердца» распространяется программа для родителей «Ранняя пташка» (англ. EarlyBird), «Тренинг родительских навыков. 9 шагов» (Caregiver Skills Training, CST), JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Engagement & Regulation) [15, 18]. Данные программы главным образом направлены на опосредованное участие родителей в коррекции ключевых дефицитов при РАС у детей, при этом остается без внимания просветительский компонент. Несмотря на то, что ряд зарубежных психологических программ представлен на русском языке, они не являются общедоступными и требуют обучения у сертифицированных специалистов [5].

По мнению Н.М. Иовчук, наименее разработанным компонентом работы с семьей страдающего ребенка являются образовательные программы, которые направлены на повышение медико-психолого-педагогической компетентности родителей [14].

Цель – выстроить структуру и определить содержание психологической образовательной программы для родителей, воспитывающих детей с РАС.

В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ проводится мультидисциплинарное изучение проблем РАС в детском возрасте [22]. В целях повышения эффективности диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий внимание специалистов обращается на родителей как на один из важнейших ресурсов при оказании помощи детям с нарушениями психического развития и психическими расстройствами.

На основе анализа литературы [9] и данных клинико-психологических исследова-

ний нами были выделены «мишени» психологической образовательной работы с родителями, воспитывающими детей с РАС [7]. Исследование осведомленности о болезни ребенка показало, что большинство родителей детей с РАС (53 %) оценили свои знания как недостаточно удовлетворительные. Четверть родителей вовсе сообщили об отсутствии объективных знаний о проблеме аутизма у детей, чуть меньшее число родителей (22 %) отметили, что они имеют достаточные знания о заболевании детей и не нуждаются в дополнительной информации. Большинство родителей, несмотря на свою осведомленность, нередко ложную, о РАС (информация из Интернета, СМИ и других источников), сообщают о потребности в получении дополнительных сведений о заболевании, методах и формах помощи ребенку. Данный факт свидетельствует об открытости родителей к получению информации и возможности построения доверительного продуктивного контакта в системе «специалист – родитель ребенка» [8].

Исследование структуры родительского отношения к болезни ребенка позволило установить преобладающий тип отношения, которым является гипонозогнозический (у 48,9 % родителей). При этом экстернальный тип отношения к болезни ребенка встречается в 25,1 %, а интернальный тип – в 11,1 % случаев. Тревожный тип как ведущий встречается в 13,9 % случаев, а тип отношения к болезни, направленный на ограничение активности ребенка, не встречается [6].

В исследовании особенностей родительского отношения было показано, что для большинства родителей не характерно эмоциональное отвержение: они принимают ребенка как полноценного члена семьи, стремятся удовлетворять все его потребности. Также родители не выдерживают психологическую дистанцию в детско-родительских отношениях, они «растворяются» в проблемах детей, отождествляют себя с ребенком, часто используют местоимение «мы». Обнаруживается заинтересованность родителей в решении проблем ребенка, им свойственно проявлять искренний интерес к его увлече-

ниям и интересам, а также высоко оценивать его способности. При этом родители имеют недостаточный контроль над действиями ребенка, проявляют попустительское отношение к его поведению [6].

Анализ литературы и данных клинико-психологического исследования родителей, воспитывающих детей с РАС, позволил разработать психологическую образовательную программу для родителей. Условием эффективной реализации программы для родителей является взаимодействие специалистов, работающих с ребенком (детского психиатра, психолога, дефектолога). Программа может реализовываться в форме групповых тематических семинаров – семь еженедельных встреч продолжительностью 1,5–2 часа. Каждая встреча завершается обсуждением полученной информации с родителями. Дополнительно может организовываться работа в индивидуальном формате – консультирование по конкретным вопросам детско-родительских или супружеских отношений. Программу рекомендуется проводить, объединяя родителей в группы по 7–9 семей. Групповой формат работы позволяет охватить большое количество семей, кроме того, у родителей появляется возможность услышать истории других семей и обмениваться опытом.

Психологическая образовательная программа для родителей, воспитывающих детей с РАС

1. *Знакомство.* Знакомство специалиста(ов) с родителями, а также знакомство родителей между собой. Специалист рассказывает про организацию встреч, тематический план, обсуждаются цели и задачи психологической образовательной программы. Каждого участника группы просят рассказать о себе то, что он или она считают возможным. Родители могут обратиться с собственным запросом, который может быть включен в одну из тематических встреч. Первая встреча направлена на формирование положительной мотивации к активному участию в работе группы.

2. *Понятие «аутизм» и расстройства аутистического спектра.* Историческая справка о проблеме изучения аутизма. Обсуждение понятий: нарушения психического развития, психический дизонтогенез, ранний детский аутизм, синдром Каннера, синдром Аспергера, атипичный аутизм, расстройства аутистического спектра (РАС). Современные представления о РАС в мультидисциплинарном аспекте. Сведения о роли биологических и психосоциальных факторов в развитии и коррекции аутистических расстройств у детей.

3. *Современные подходы к лечению и реабилитации детей с РАС. Роль семьи в лечебно-реабилитационном процессе.* Информация о подходах медикаментозной и немедикаментозной (психолого-педагогической) коррекции клинических и психологических проявлений у детей с РАС. Семья как важный ресурс психического развития и коррекционно-реабилитационных занятий с ребенком. Предоставление справочных сведений о психолого-педагогических коррекционных подходах, используемых в работе с детьми, имеющими диагноз «РАС»:

– эмоционально-смысловой подход в психологической помощи ребенку с аутизмом и его семье (Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др.);

– поведенческий подход (Ловаас И.);

– концепция DIR и методика Floortime (Гринспен С.);

– игровая терапия с детьми;

– нейропсихологическая коррекция;

– анималотерапия;

– семейное консультирование и семейная психотерапия и др.

4. *Особенности формирования и развития психических функций у детей с РАС.* Обсуждение особенностей формирования высших психических функций при нормативном и нарушенном развитии, в т.ч. при РАС. Приведение основных положений культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, раскрывающих особенности психического развития детей в норме и при нарушениях развития.

5. *Особенности эмоционального и коммуникативного развития детей с РАС.* Обсуждение эмоционального развития и особенностей общения детей с РАС. На встрече обсуждаются различные стороны социализации семей, воспитывающих детей с нарушениями развития, а также проблема социализации и адаптации ребенка с РАС в образовательных учреждениях. Данная встреча направлена на повышение эмоционального принятия и контакта с ребенком. Внимание родителей фокусируется на положительных характеристиках детей, подчеркиваются их достижения в процессе коррекционно-развивающих занятий. Проведение групповой работы с родителями в рамках эмоционально-образной психотерапии: «образ моего ребенка», «образ моего отношения к ребенку (как выражается моя любовь)» и т.п.

6. *Особенности организации обучения и коррекционно-развивающих занятий для детей с РАС.* Особенности организации обучения и коррекционно-развивающих мероприятий для детей с РАС. Формы и варианты программ обучения для детей с РАС. Родители делятся своим опытом. Приводятся возможные позитивные примеры лечебно-коррекционной работы. Предоставляется научная и популярная литература для родителей, а также информация об организациях, занимающихся оказанием помощи детям с нарушениями психического развития, в т.ч. с РАС. В конце занятия группе сообщается, что следующая встреча заключительная, – эта информация необходима для подготовки родителей к завершению работы программы.

7. *Подведение итогов, завершение работы группы.* Подводятся итоги работы, обращается внимание на возможности применения полученной информации в будущем. Родителям предоставляется возможность дать обратную связь, поделиться чувствами и мыслями. На данной встрече родители должны увидеть не только то, что было или не было достигнуто, но и то, что для них реально доступно в области оказания помощи детям с РАС и всей семье в целом.

Заключение

Родители несовершеннолетнего пациента – непосредственные участники лечебно-реабилитационного процесса, они являются одним из важнейших ресурсов при оказании эффективной помощи ребенку. Информирование родителей о болезни, методах лечения, собственной роли в процессе лечения и реабилитации ребенка лежит в основе семейно-ориентированного подхода при организации комплексной помощи детям с нарушениями развития.

Приведенная психологическая образовательная программа направлена на восполнение у родителей недостающих знаний об особенностях заболевания и формах медикаментозной и психолого-педагогической помощи детям с РАС. Немаловажным является то, что родителям предоставляется информация, в т.ч. о формах образования и вариантах образова-

тельных программ для детей с РАС в зависимости от уровня их интеллектуального развития.

Среди положительных эффектов психологического образования можно отметить изменение у родителей отношения к болезни ребенка в направлении признания факта наличия у ребенка диагноза и повышение родительской приверженности в отношении рекомендаций мультидисциплинарной команды специалистов.

Разработка и проведение психологической образовательной программы для родителей не требует значительных финансовых затрат и времени на обучение специалистов. Психологические образовательные программы для родителей должны рассматриваться как необходимое звено начального этапа оказания помощи ребенку с нарушением развития в виде комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Баенская Е.Р. О психологической помощи родителям ребенка с аутизмом раннего возраста // Альманах Института коррекционной педагогики. 2022. № 48 (5). С. 26–40.
2. Баенская Е.Р. Эмоционально-смысловой подход к коррекционной помощи ребенку раннего возраста с расстройством аутистического спектра и психологическому сопровождению его семьи // Раннее детство: психологическая абилитация и профилактика нарушений психического развития: коллективная монография / отв. ред. М.В. Иванов. М.: Московский институт психоанализа, 2023. С. 135–143.
3. Бебчук М.А. Командная работа с семьей – необходимое условие организации качественной помощи душевнобольному ребенку // Вестник психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 22–31.
4. Белопольская Н.Л. Предмет и задачи детской патопсихологии // Детская патопсихология: Хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. М.: Когито-Центр, 2010. С. 6–9.
5. Боброва А.В., Довбня С.В., Морозова Т.Ю., Сотова Е.Н. Реализация программ поддержки родителей дошкольников с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2022. Т. 20, № 1. С. 37–46. DOI: 10.17759/autdd.2022200105
6. Богачева О.И., Иванов М.В., Балакирева Е.Е. [и др.]. Структура родительского отношения к болезни ребенка с расстройством аутистического спектра // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 49–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-49-59
7. Богачева О.И., Иванов М.В., Марголина И.А. [и др.]. Оценка эффективности психологической образовательной программы для родителей детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник психотерапии. 2022. № 83. С. 19–28. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-19-28
8. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т. 17, № 4. С. 3–11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401
9. Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В. Психообразовательный подход: предпосылки, модели, работа с родителями детей // Психическое здоровье. 2021. № 11. С. 72–79. DOI: 10.25557/2074-014X.2021.11.72-79
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61–64.
11. Докукина Т.В., Сергеева Н.А., Григорьева И.В. [и др.]. Метод психообразования родителей детей, страдающих заболеваниями аутистического спектра. Минск, 2012. С. 16.
12. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Практические задачи детской патопсихологии // Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для бакалавриата и специалитета. М.: Юрайт, 2019. С. 20–22.

13. Иванов М.В., Марголина И.А., Калинина М.А. [и др.]. Аутистический спектр: от раннего детского аутизма до парааутизма // *Психическое здоровье*. 2023. Т. 18, № 7. С. 49–52. DOI: 10.25557/2074-014X.2023.07.49-52
14. Иовчук Н.М. Просветительская, лечебно-коррекционная и социореабилитационная работа с семьей психически больного ребенка (некоторые размышления о первоначальном опыте) // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2002. № 2 (2). С. 41–46.
15. Казари К. Современное состояние поведенческих вмешательств при аутизме и нарушениях развития // *Аутизм и нарушения развития*. 2016. Т. 14, № 4. С. 68–76. DOI: 10.17759/autdd.2016140409
16. Костин И.А. Консультирование родителей детей с аутизмом // *Детский аутизм: исследования и практика* / под общ. ред. В.Н. Касаткина. М.: Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков, 2008. С. 333–344.
17. Львова Д.П., Хальфин Р.А., Сырцова Л.Е. [и др.]. Развитие форм взаимодействия медицинских специалистов с пациентами // *Российский психиатрический журнал*. 2018. № 5. С. 10–18. DOI: 10.24411/1560-957X-2018-1%25x
18. Официальный сайт некоммерческой организации Фонд помощи детям и молодежи «Обнаженные сердца». URL: <https://nakedheart.ru/rannaya-ptashka-spetsyalisty> (дата обращения 19.01.2024).
19. Разенкова Ю.А., Павлова А.В., Романовский Н.В. Ресурсы семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья и/или инвалидностью: анализ материалов всероссийского опроса // *Дефектология*. 2022. № 2. С. 53–65.
20. Свиридов И.Г. Проблема психообразования при оказании психиатрической помощи // *Психическое здоровье*. 2012. № 4. С. 59–67.
21. Свиридов И.Г. Проблемы семьи, осуществляющей уход за родственником с психическим расстройством // *Психическое здоровье*. 2022. № 2. С. 37–43.
22. Симашкова Н.В. Мультидисциплинарные аспекты оказания помощи больным с расстройствами аутистического спектра в детском и подростковом возрасте // *Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: сб. мат. науч.-практ. конф. Москва, 30 октября 2017 года* / под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ, 2018. С. 617–626.

Поступила 26.02.2024

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

Для цитирования: Богачева О.И. Психологическая образовательная программа для родителей детей с расстройствами аутистического спектра // *Вестник психотерапии*. 2024. № 90. С. 103–110. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-103-110

Благодарности. Выражаю благодарность своему научному руководителю – ведущему научному сотруднику отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, кандидату психологических наук, доценту Иванову Михаилу Владимировичу и руководителю отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, кандидату медицинских наук Балакиревой Елене Евгеньевне за ценные советы при работе над составлением программы для родителей и рекомендации по оформлению статьи.

O.I. Bogacheva

Psychoeducational Program for Parents of Children with Autism Spectrum Disorders

Mental Health Research Centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia)

✉ Oksana Ivanovna Bogacheva – Junior research associate, Department of child psychiatry, Mental health research centre (34, Kashirskoye highway, Moscow, 115522, Russia), ORCID: 0000-0003-3471-8873; e-mail: oksana-syster@mail.ru

Abstract

Relevance. Informing parents of children with developmental disabilities is one of the important principles of a family-oriented approach when organizing comprehensive support for the children. One of the tasks of pediatric pathopsychology is to work with the child's family, including psychoeducation and psychological support for parents raising children with developmental disorders.

Intention – the goal is to describe the content of the psychoeducation program for parents raising children with ASD.

The psychoeducation program for parents raising children with ASD is aimed at replenishing parents' lack of knowledge about the characteristics of the disease and forms of medication and psychological and pedagogical assistance for children with ASD. The program consists of seven weekly meetings lasting 1.5-2 hours covering the following topics: getting to know each other; the concept of autism and autism spectrum disorders; modern approaches to the treatment and rehabilitation of children with ASD, the role of the family in the therapeutic and rehabilitative process; features of the formation and development of mental functions in children with ASD; peculiarities of emotional and communicative development in children with ASD; organization of educational and corrective-developmental activities for children with ASD; summing up, completing the work of the group.

Conclusion. The development and implementation of a psychological educational program for parents should be considered as a necessary link in the initial stage of providing a complex of treatment and rehabilitation measures to a child with a developmental disorder. Such programs do not require significant costs and time for training specialists. Among the positive effects of psychoeducation is a change in parents' attitude towards the child's illness towards recognition of the fact that the child has a diagnosis and an increase in parental commitment to recommendations by a multidisciplinary team of specialists.

Keywords: psychoeducation, program for parents, autism, autism spectrum disorders, ASD, attitude towards illness.

References

1. Baenskaya E.R. O psihologicheskoy pomoshchi roditelyam rebenka s autizmom rannego vozrasta [On psychological assistance to parents of a child with early age autism]. *Al'manah Instituta korrekcionnoj pedagogiki* [Almanac of the Institute of Correctional Pedagogy]. 2022; (48): 26–40. (In Russ.)
2. Baenskaya E.R. Emocional'no-smyslovoj podhod k korrekcionnoj pomoshchi rebenku rannego vozrasta s rasstrojstvom autisticheskogo spektra i psihologicheskomu soprovozhdeniyu ego sem'i [Emotional and semantic approach to correctional assistance to a young child with autism spectrum disorder and psychological support for his family]. *Rannee detstvo: psihologicheskaya abilitaciya i profilaktika narushenij psihicheskogo razvitiya* [Early childhood: psychological habilitation and prevention of mental development disorders]. Ed. M.V. Ivanov. Moscow, 2023. Pp. 135–143. (In Russ.)
3. Bebchuk M.A. Komandnaya rabota s sem'ej – neobhodimoe uslovie organizacii kachestvennoj pomoshchi dushevnoboľnomu rebenku [Team work with the family is a necessary condition for organizing quality care for a mentally ill child]. *Vestnik Psihoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2017; (61): 22–31. (In Russ.)
4. Belopol'skaya N.L. Predmet i zadachi detskoj patopsihologii [Subject and tasks of children's pathopsychology]. *Detskaya patopsihologiya. Hrestomatiya* [Children's pathopsychology. Reader]. Ed. N.L. Belopol'skaya. Moscow, 2010. Pp. 6–9. (In Russ.)
5. Bobrova A.V., Dovbnaya S.V., Morozova T.YU., Sotova E.N. Realizaciya programm podderzhki roditel'ej doskol'nikov s RAS [Implementation of support programs for parents of preschool children with ASD]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and developmental disorders]. 2022; 20(1): 37–46. DOI:10.17759/autdd.2022200105. (In Russ.)
6. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Balakireva E.E. [et al.]. Struktura roditel'skogo otnosheniya k bolezni rebenka s rasstrojstvom autisticheskogo spektra [The structure of parental attitude towards the illness of a child with autism spectrum disorder]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2023; (87): 49–59. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-49-59. (In Russ.)
7. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Margolina I.A. [et al.]. Ocenka effektivnosti psihologicheskoy obrazovatel'noj programmy dlya roditel'ej detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra [Assessing the effectiveness of a psychological educational program for parents of children with autism spectrum disorders]. *Vestnik psihoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (83): 19–28. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-19-28. (In Russ.)
8. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Simashkova N.V. Osvedomlennost' roditel'ej o zabolevanii detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra [Awareness of parents about the disease of children with autism spectrum disorders]. *Autizm*

- i narusheniya razvitiya* [Autism and developmental disorders]. 2019; (4): 3–11. DOI: 10.17759/autdd.2019170401. (In Russ.)
9. Bogacheva O.I., Ivanov M.V., Simashkova N.V. Psihoobrazovatel'nyj podhod: predposylki, modeli, rabota s roditel'yami detej [Psychoeducational approach: prerequisites, models, work with parents of children]. *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2021; (11): 72–79. DOI 10.25557/2074-014X.2021.11.72-79. (In Russ.)
 10. Gurovich I.YA., SHmukler A.B., Storozhakova YA.A. Psihosocial'naya terapiya i psihosocial'naya reabilitaciya psihicheski bol'nyh [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of mentally ill patients]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2006; (2): 61–64. (In Russ.)
 11. Dokukina T.V., Sergeeva N.A., Grigorjeva I.V. [et al.]. Metod psihoobrazovaniya roditelej detej, stradayushchih zabolevanijami autisticheskogo spektra [Method of psychoeducation for parents of children suffering from autism spectrum disorders]. Minsk, 2012. 16 p. (In Russ.)
 12. Zvereva N.V. Prakticheskie zadachi detskoj patopsihologii [Practical tasks of child pathopsychology]. *Patopsihologiya detskogo i yunoshezkogo vozrasta: ucheb. posobie dlya bakalavriata i specialiteta* [Pathopsychology of childhood and adolescence: textbook. manual for bachelor's and specialist's degrees]. Ed. N.V. Zvereva, O.YU. Kaz'mina, E.G. Karimulina. Moscow, 2019 Pp. 20–22. (In Russ.)
 13. Ivanov M.V., Margolina I.A., Platonova N.V. [et al.]. Autisticheskij spektr: ot rannego detskogo autizma do paraautizma [Autism spectrum: from early childhood autism to paraautism]. *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2023; 18(7): 49–52. DOI: 10.25557/2074-014X.2023.07.49-52 (In Russ.)
 14. Iovchuk N.M. Prosvetitel'skaya, lechebno-korrekcionnaya i socioreabilitacionnaya rabota s sem'ej psihicheski bol'nogo rebenka (nekotorye razmyshleniya o pervonachal'nom opyte) [Educational, therapeutic, correctional and socio-rehabilitation work with the family of a mentally ill child (some reflections on the initial experience)]. *Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov* [Questions of mental health of children and adolescents]. 200; 2(2): 41–46. (In Russ.)
 15. Kazari K. Sovremennoe sostoyanie povedencheskih vmeshatel'stv pri autizme i narusheniyah razvitiya [Current state of behavioral interventions for autism and developmental disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and developmental disorders]. 2016; 14(4): 68–76. DOI: 10.17759/autdd.2016140409. (In Russ.)
 16. Kostin I.A. Konsul'tirovanie roditelej detej s autizmom [Consulting parents of children with autism]. *Detskij autizm: issledovaniya i praktika* [Childhood autism: research and practice]. Ed. V.N. Kasatkin. Moscow, 2008. Pp. 333–344. (In Russ.)
 17. L'vova D.P., Hal'fin R.A., Syrcova L.E., Allenov A.M. Razvitie form vzaimodejstviya medicinskih specialistov s pacientami [Development of forms of interaction between medical specialists and patients]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal* [Russian Psychiatric Journal]. 2018; (5): 10–18. (In Russ.)
 18. Ofitsial'nyy sayt nekommercheskoj organizatsii Fond pomoshchi detyam i molodezhi «Obnazhonnyye serdtsa» [Official website of the non-profit organization Naked Heart Foundation for Children and Youth]. <https://nakedheart.ru/rannyaya-ptashka-spetsyalisty>
 19. Razenkova YU.A., Pavlova A.V., Romanovskij N.V. Resursy sem'i, vospityvayushchej rebenka s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya i/ili invalidnost'yu: analiz materialov vserossijskogo oprosa [Resources of a family raising a child with limited health and/or disability: analysis of materials from an all-Russian survey]. *Defektologiya* [Defectology]. 2022; (2): 53–65. (In Russ.)
 20. Sviridov I.G. Problema psihoobrazovaniya pri okazanii psihiatricheskoy pomoshchi [The problem of psychoeducation in the provision of psychiatric care]. *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2012; (4): 59–67. (In Russ.)
 21. Sviridov I.G. Problemy sem'i, osushchestvlyayushchej uhod za rodstvennikom s psihicheskim rasstrojstvom [Problems of a family caring for a relative with a mental disorder]. *Psihicheskoe zdorov'e* [Mental health]. 2022; (2): 37–43. (In Russ.)
 22. Simashkova N.V. Mul'tidisciplinarnye aspekty okazaniya pomoshchi bol'nym s rasstrojstvami autisticheskogo spektra v detskom i podrostkovom vozraste [Multidisciplinary aspects of providing assistance to patients with autism spectrum disorders in childhood and adolescence]. *Psihicheskoe zdorov'e cheloveka i obshchestva. Aktual'nye mezhdisciplinarnye problem* [Mental health of man and society. Current interdisciplinary problems]. Ed. G.P. Kostyuk. Moscow, 2018. Pp. 617–626. (In Russ.)

Received 26.02.2024

For citing: Bogacheva O.I. Psihologicheskaya obrazovatel'naya programma dlya roditelej detej s rasstrojstvami autisticheskogo spektra. *Vestnik psichoterapii*. 2024; (90): 103–110. (In Russ.)

Bogacheva O.I. Psychoeducational program for parents of children with autism spectrum disorders. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 103–110. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-103-110

Е.Б. Цыренова

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина
(Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 24)

Актуальность. Психологические трудности крайне распространены среди пациентов с опухолевым поражением опорно-двигательного аппарата. Пациенты нередко недооценивают тяжесть своего состояния, что ведет к нереалистичным ожиданиям от лечения и формированию пассивной позиции в лечебном процессе, и это обуславливает актуальность изучения психологического статуса пациентов с опухолевым поражением костей и возможностей психологической помощи данной группе пациентов. Одной из основных мишеней клиничко-психологических вмешательств в онкоортопедической клинике является качество жизни пациентов как совокупность переживаний и отношений, ориентированных на осмысление собственного существования, ценности здоровья и возможности личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями, в т.ч. и в условиях болезни.

Цель работы – определение основных направлений психологического консультирования пациентов онкоортопедической клиники в соответствии с имеющимися данными об особенностях их качества жизни (КЖ) и эмоционально-личностной сферы.

Методологию составляют анализ эмпирического опыта автора и дескриптивный анализ современной научной литературы, посвященной данной теме.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что каждая нозологическая группа пациентов в связи с обусловленностью основных параметров качества жизни клинической картиной конкретной формы опухолевого поражения костей нуждается в индивидуальном подходе в рамках психологического консультирования. Важным аспектом психологического консультирования в онкоортопедической клинике является работа с пациентом над видением возможности влиять на свое КЖ в ситуации заболевания и обширного хирургического лечения. Психологическое консультирование при ампутации нижней конечности показано пациентам на всех этапах лечения: в предоперационном периоде, в раннем послеоперационном периоде и на этапе реабилитации. Психологическая помощь в предоперационном периоде включает работу с острыми реакциями, вызванными необходимостью калечащей операции. Ранний послеоперационный этап ставит перед пациентом задачу изменения схемы тела и работы с фантомными ощущениями. Консультирование пациентов с опухолевым поражением позвоночника в предоперационном периоде целесообразно направлять на обсуждение реальной клинической ситуации и формирование корректных ожиданий от хирургического лечения, включая прогноз заболевания, возможный уровень физической и социальной активности, предполагаемые ограничения, ожидаемую интенсивность и распространенность болевых ощущений в послеоперационном периоде и длительность процесса реабилитации.

Заключение. В статье представлены основные направления работы с пациентами онкоортопедической клиники, сформулированные на основании эмпирического опыта автора и дескриптивного анализа ключевых литературных источников по теме публикации.

Ключевые слова: психологическое консультирование, качество жизни, онкопсихология, опухоли опорно-двигательной системы.

Введение

Многочисленные современные исследования указывают на распространенность психологических трудностей у онкологических пациентов [5, 14, 15].

Большинство исследований сообщают, что пациенты с распространенным раком верят, что их болезнь все еще излечима и что запланированное лечение (лучевая терапия, химиотерапия или иммунотерапия) может вылечить их заболевание. Sze et al. отмечают, что пациенты могут признавать неизлечимую природу своей болезни и по-прежнему надеяться на излечение или ремиссию [11].

При этом Chow et al. выявили, что особенности течения болезни (индекс Карновского, локализация первичного рака и метастазов, а также симптомы дистресса) не повлияли на ожидания излечения [3].

Кроме того, операции при опухолях костей выполняются по всем онкологическим канонам, включающим принципы футлярности и абластики. Руководствуясь этими принципами, врачи нередко сталкиваются с необходимостью удалять большие группы мышц, окружающих опухоль, а также сосудисто-нервные структуры, что неминуемо приводит к ухудшению физического функционирования пациента.

Большой объем операции и значительное влияние лечения на физические функции оказывают воздействие на эмоциональное состояние пациента, в связи с чем нередко формируется беспомощность. Пациента предьявляет высокие ожидания от врачей и медицинских сестер, родственников и близкого окружения, смещая локус контроля вовне. Собственные возможности активного участия пациента в лечебном процессе игнорируются. Как следствие, психологическое консультирование онкоортопедических пациентов крайне актуально, так как оно помогает проявить установки на собственное участие в лечении, обсудить возможности самостоятельного функционирования (прежде всего возможности самообслуживания) и степень вовлеченности пациента в лечебный процесс.

Необходимо отметить также, что ситуация онкологического заболевания и хирур-

гического лечения в онкоортопедическом стационаре может стать для пациента эмоционально травмирующим событием. Эмоциональное переживание, которое пациент не может выдержать из-за его интенсивности, активирует систему психических защит и формирует диссоциацию. Своевременная диагностика эмоциональной травмы и работа с ней помогает предотвратить капсулирование переживаний и развитие посттравматического стрессового расстройства.

В то же время отечественные исследователи приводят данные о широком распространении и высоком уровне посттравматического стрессового расстройства у онкологических больных [2]. Эти результаты показывают особую важность своевременной психологической помощи пациентам, переживающим диагноз и лечение в онкостационаре как эмоциональную травму, для проработки травмы во время ее возникновения и предотвращения развития посттравматической симптоматики в дальнейшей жизни после завершения лечения.

При этом одной из основных мишеней клиничко-психологические вмешательства в онкоортопедической клинике является КЖ пациентов как совокупность переживаний и отношений, ориентированных на осмысление собственного существования, ценности здоровья и возможности личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями, в т.ч. и в условиях болезни.

Целью данной работы явилось определение основных направлений психологического консультирования пациентов онкоортопедической клиники в соответствии с имеющимися данными об особенностях их КЖ и эмоционально-личностной сферы.

Психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением костей конечностей

В проведенных нами исследованиях было выявлено значительное влияние на КЖ пациентов с опухолевым поражением костей

таких психологических факторов, как отношение к болезни, способы совладающего поведения, личностные особенности и особенности ценностно-мотивационной сферы [1].

Пациенты, реагирующие на болезнь по гармоничному типу, характеризуются более высоким КЖЗ по ряду параметров, по сравнению с пациентами, имеющими неадаптивные типы отношения к болезни. Так, реагирование на болезнь по тревожному, ипохондрическому, неврастеническому, меланхолическому, сенситивному, эгоцентрическому и паранойяльному типам значительно влияет на КЖЗ пациентов, снижая его по параметрам общего состояния здоровья, физической и ролевой активности, а также усиливая интенсивность и увеличивая распространенность болевых ощущений, усталость, нарушения сна и, кроме того, ухудшая эмоциональное состояние больных. Превалирование неадаптивных типов отношения к болезни свидетельствует о склонности пациентов вести себя по типу «раздражительной слабости», использовать невротоподобные механизмы «ухода в болезнь» и «условной выгоды» болезни для разрешения жизненных трудностей, а также использовать механизм «экстрапроекции вины», приписывая возможные осложнения халатности или некомпетентности врачей и медицинского персонала. В то же время реагирование на болезнь по эргопатическому типу в группе пациентов с опухолевым поражением костей является адаптивным, позволяет сохранить физическую, ролевую и социальную активность пациентов и лишь незначительно ухудшает эмоциональное состояние.

Клинический опыт показывает, что повышение уровня тревожности, ипохондрическое, меланхолическое и дисфорическое настроение, появление симптомов невротического уровня и негативных эмоциональных состояний – частые явления в ситуации тяжелого, угрожающего жизни заболевания, значительно, а в некоторых случаях принципиально меняющего жизнь пациента в связи с ограничением физических возможностей. В этих условиях важным аспектом психоло-

гического консультирования в онкоортопедической клинике является работа с пациентом над видением возможности влиять на свое КЖЗ в ситуации заболевания и обширного хирургического лечения.

Психологическое консультирование пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности

Психологическое консультирование при ампутации нижней конечности показано пациентам на всех этапах лечения: в преоперационном периоде, в раннем послеоперационном периоде и на этапе реабилитации. Консультирование в каждом периоде имеет как общие задачи, так и присущие определенному этапу особенности.

Психологическая помощь в преоперационном периоде включает работу с острыми реакциями, вызванными необходимостью калечащей операции. Нередко на этом этапе пациенты говорят об отсутствии эмоциональной готовности пройти хирургическое лечение в таком объеме. В связи с этим на данном этапе первоочередной задачей психологического консультирования становится формирование эффективного совладающего поведения и адаптивного отношения к назначенному лечению. Кроме того, работа в русле экзистенциальной психологии с акцентированием внимания пациента на ценности жизни вне зависимости от предстоящих трудностей и утраты конечности является важным аспектом психологического консультирования на преоперационном этапе.

Ранний послеоперационный этап ставит перед пациентом задачу изменения схемы тела и работы с фантомными ощущениями: в рамках психологического сопровождения пациентов после ампутации эффективными могут быть дыхательные техники, способствующие снятию спастических болевых ощущений и адаптации к телесным изменениям; помимо этого, на данном этапе важным шагом в работе становится эмоциональное отреагирование, позволяющее пациентам снизить интенсивность эмоциональных переживаний и таким образом

начать справляться с тяжелыми чувствами, вызванными утратой конечности.

Отдаленный реабилитационный период, включающий этап протезирования, требует формирования изменившейся схемы тела, работы с тревогой при ходьбе с использованием протеза и, как немаловажной части работы, формирования социальной адаптации и возвращения к социальной и профессиональной активности.

Психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением позвоночника

R. Gal et al. в проведенном исследовании выявили, что пациенты, перенесшие операцию на позвоночнике, имели чрезмерно оптимистичные ожидания относительно боли и облегчения симптомов, недооценивали вероятность функциональной недостаточности и переоценивали вероятность (полного) выздоровления и возвращения к работе. Исследования показали, что пациенты недостаточно подготовлены к операции с точки зрения ожиданий в отношении результатов лечения. Точно так же пациенты с распространенным раком, получающие паллиативное лечение, часто имели чрезмерно оптимистичные ожидания относительно продолжительности жизни и излечения [4].

Авторы заключают, что консультации перед лечением по поводу ожидаемой боли и облегчения симптомов, выздоровления могут улучшить понимание прогноза, а также способствовать развитию корректных ожиданий касательно лечения, что, в свою очередь, может привести к лучшему восприятию результатов лечения и, следовательно, более высокому качеству жизни [4].

Mannion et al. в своем исследовании также пришли к выводу, что примерно у 30–40% пациентов, перенесших декомпрессионную операцию на позвоночнике, ожидания, заявленные перед операцией, были чрезмерно оптимистичны относительно болевых ощущений в целом, боли в спине, способности ходить, независимости, социальной активности и психологического благополучия,

и почти у 50% пациентов – относительно общей физической активности дома и на работе [7].

Rehman et al. провели интервью с хирургами и заключили, что, согласно сообщениям хирургов, пациенты были чрезмерно оптимистичны в отношении операции, ожидая полного выздоровления и полного освобождения от болей в спине [8].

Представленные данные соответствуют результатам Lattig et al. Исследователи сообщают, что пациенты, по их наблюдениям, всегда имели более высокие ожидания, чем их вертебральные хирурги, относительно боли в спине и активности (деятельность на работе, домашние дела и спорт) [6].

В связи с тем, что пациенты с чрезмерно оптимистичными ожиданиями менее удовлетворены своим послеоперационным состоянием здоровья, объяснимо, что они ниже оценивают свое качество жизни. Saban et al. обнаружили, что соответствие результатов лечения ожиданиям было связано с более высоким качеством жизни [9].

Можно предположить, что психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением позвоночника в предоперационном периоде целесообразно направлять на обсуждение реальной клинической ситуации и формирование корректных ожиданий от хирургического лечения, включая прогноз заболевания, возможный уровень физической и социальной активности, предполагаемые ограничения, ожидаемую интенсивность и распространенность болевых ощущений в послеоперационном периоде и длительность процесса реабилитации.

Психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением крестца

Существующие на данный момент в современной научной литературе исследования демонстрируют важность сохранения нервного корешка S3 с функциональной точки зрения. Когда требуется резекция нервных корешков S3 в связи с расположением опухоли, стоит обсудить до операции с пациентом

потенциальное воздействие на физическое и психологическое состояние хирургического лечения в таком объеме. По мнению исследователей, по крайней мере возможно обсуждение способов совладающего поведения.

В связи с тем, что боль является одним из важнейших поводов для беспокойства для пациентов, данные, отражающие ожидаемый уровень интенсивности боли, могут также быть включены в обсуждение перед операцией. Пациенты, которым предстоит сакрэктомия с невысоким уровнем резекции, могут быть информированы, что боль обычно не является долгосрочным следствием операции. Пациенты, которым предстоит пройти сакрэктомию с высоким уровнем резекции, с большей вероятностью будут испытывать боль, которая мешает повседневной жизни. Этим пациентам может быть полезна предоперационная консультация по поводу схем преодоления боли [13].

Психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением костей таза

Ранняя диагностика и комплексное лечение коморбидных психических заболеваний и психологических трудностей могут улучшить качество жизни и клинические результаты. Рекомендуется использовать ступенчатую модель оказания помощи, также существуют данные в пользу комплексной модели оказания помощи [10].

Исследователи обращают особое внимание на то, что распространенным осложнением хирургического лечения опухолевого поражения костей таза у мужчин является сексуальная дисфункция, которая может иметь значительные психологические последствия и способствовать возникновению чувства депрессии, тревоги и других психологических проблем.

Основные психологические последствия сексуальной дисфункции у мужчин, переживших рак, включают снижение чувства собственного достоинства, потерю личностной идентичности, беспокойство о будущей репродуктивной способности и трудности

с поддержанием интимных отношений. Эти чувства могут способствовать возникновению чувства депрессии и тревоги, а также снижать уровень сексуального удовольствия и удовлетворения.

Исследователи рекомендуют врачам инициировать обсуждение возможной сексуальной дисфункции с пациентом во время диагностики рака и продолжать периодически осведомляться об уровне сексуальной функции пациента во время лечения и выздоровления [12].

Психологическое консультирование данной группы пациентов может включать в качестве отдельного направления обсуждение изменений в сексуальной сфере пациента в связи с проведенным лечением. Совместное обсуждение (пациент, врач, психолог) осложнений хирургического лечения, затрагивающих сексуальную функцию пациента, поможет определить тяжесть непосредственно соматических последствий и отделить физические ограничения от психологических, которые могут возникнуть как результат эмоциональных переживаний. Таким образом возможно сформировать максимально возможную активную сексуальную жизнь в контексте данных соматических ограничений.

Заключение

Психологическое консультирование в онкоортопедической клинике – быстро развивающееся перспективное направление, идущее в ногу с современными высокими технологиями, позволяющими излечить ранее некурабельных пациентов или продлить им жизнь, максимально сохранив ее качество.

Многолетний опыт работы с данной категорией пациентов и литературные данные, дают основание предполагать, что тяжесть соматического состояния, длительное пребывание в реанимации и сложность сохранения контакта с пациентами в позднем реабилитационном периоде накладывают определенные ограничения и требуют исследования дальнейших возможностей оптимизации психологической помощи в онкоортопедическом стационаре.

Литература

1. Мусаев Э.Р., Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. [и др.]. Качество жизни пациентов с опухолями костей. М.: РАН, 2022. 118 с.
2. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С. [и др.]. Онкопсихология. М.: Институт психологии РАН, 2010. 176 с.
3. Chow E., Andersson L., Wong R. [et al.]. Patients with advanced cancer: a survey of the understanding of their illness and expectations from palliative radiotherapy for symptomatic metastases // *Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol.)*. 2001. № 13 (3). Pp. 204–208.
4. Gal R., Oosting D., Wessels H. [et al.]. Pre-treatment expectations of patients with spinal metastases: what do we know and what can we learn from other disciplines? A systematic review of qualitative studies // *BMC Cancer*. 2020. № 20. Pp. 1212.
5. Jehan M., Azam S., Taimuri M.A. [et al.]. Care for breast cancer survivors in Asian countries: A review of sexual dysfunction // *Womens Health (Lond)*. 2024. 20:17455057241237687 [Preprint].
6. Lattig F., Fekete T.F., O’Riordan D. [et al.]. A comparison of patient and surgeon preoperative expectations of spinal surgery // *Spine*. 2013. № 38 (12). Pp. 1040–1048.
7. Mannion A.F., Junge A., Elfering A. [et al.]. Great expectations: really the novel predictor of outcome after spinal surgery? // *Spine*. 2009. № 34 (15). Pp. 1590–1599.
8. Rehman Y., Syed M., Wiercioch W. [et al.]. Discrepancies between patient and surgeon expectations of surgery for sciatica: a challenge for informed decision making? // *Spine*. 2019. № 44 (10). Pp. 740–746.
9. Saban KL, Penckofer SM. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery // *J. Neurosci. Nurs*. 2007. № 39 (3). Pp.180–189.
10. Solomons L., Farrar C. Psychological support for chronic conditions // *Curr. Opin. Support Palliat. Care*. 2023. № 17 (3). Pp. 240–246.
11. Sze J., Marisette S., Williams D. [et al.]. Decision making in palliative radiation therapy: reframing hope in caregivers and patients with brain metastases // *Support Care Cancer*. 2006. № 14 (10). Pp. 1055–63.
12. Twitchell D.K., Wittmann D.A., Hotaling J.M. [et al.]. Psychological Impacts of Male Sexual Dysfunction in Pelvic Cancer Survivorship // *Sex. Med. Rev*. 2019. № 7 (4). Pp. 614–626.
13. van Wulfften Palthe O., Houdek M.T., Rose P.S. [et al.]. How Does the Level of Nerve Root Resection in En Bloc Sacrectomy Influence Patient-Reported Outcomes? // *Clin. Orthop. Relat. Res*. 2017. № 475. Pp. 607–616. DOI 10.1007/s11999-016-4794-3
14. Yoo S.H., Kang J., Kim H.J. [et al.]. Opioid use and subsequent delirium risk in patients with advanced cancer in palliative care: a multicenter registry study // *Sci. Rep*. 2024. № 14 (1). Pp. 5990-6004. DOI: 10.1038/s41598-024-56675-1
15. Zhang Y., He Y., Pang Y. [et al.]. Suicidal ideation in Chinese patients with advanced breast cancer: a multi-center mediation model study // *BMC Psychol*. 2024. № 12 (1). Pp. 130–139. DOI: 10.1186/s40359-024-01607-x

Поступила 26.03.2024

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

Для цитирования: Цыренова Е.Б. Психологическое консультирование пациентов с опухолевым поражением костей // Вестник психотерапии. 2024. № 90. С. 111–118. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-111-118

Е.Б. Tsyrenova

Psychological Counseling for Patients with Bone Tumors

National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Blokhin
(24, Kashirskoe highway, Moscow, Russia)

✉ Ekaterina Bakhomovna Tsyrenova – PhD. Psychol. Sci., medical psychologist, National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Blokhin (24, Kashirskoe highway, 115478, Moscow, Russia); e-mail: usmanovakate@ya.ru; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4853-308X>

Abstract

Relevance. Psychological difficulties are extremely common among patients with bone tumors. Patients often underestimate the severity of their condition, leading to unrealistic treatment expectations and the formation of a passive stance in the treatment process. This underscores the importance of studying the psychological status of patients with bone tumor lesions and exploring the possibilities of psychological assistance for this patient group. One of the main targets of clinical-psychological interventions in an oncological orthopedic clinic is the quality of life (QoL) of patients, encompassing experiences and relationships oriented towards understanding one's existence, valuing health, and the individual's ability to establish connections with the external world according to their needs and capabilities, even in the context of illness.

The purpose of the work is to formulate the main directions of psychological counseling for patients at oncology orthopedic clinic in accordance with the data on characteristics of their quality of life and emotional and personal sphere.

Methodology consists of analysis of data from the previous studies and review of modern scientific literature on this topic.

Results of the study indicate that each nosological group of patients, due to the specific parameters of QoL determined by the clinical picture of a particular form of bone tumor lesion, requires an individual approach within the framework of psychological counseling. The important aspect of psychological counseling in an orthopedic oncology clinic is working with the patient to see the possibility of influencing their QoL in a situation of illness and extensive surgical treatment. Psychological counseling for amputation of the lower limb is indicated for patients at all stages of treatment: in the preoperative period, in the early postoperative period and at the rehabilitation stage. Psychological assistance in the preoperative period includes work with acute reactions caused by the need for amputation. The early postoperative stage confronts the patient with the task of changing the body scheme and working with phantom sensations. It is advisable to consult patients with spine tumors in preoperative period to discuss the actual clinical situation and formulate correct expectations from surgical treatment, including the prognosis of the disease, the possible level of physical and social activity, expected limitations, the expected intensity and prevalence of pain in the postoperative period and the duration of rehabilitation process.

Conclusion. The article presents the main directions of work with patients of an oncology orthopedic clinic, formulated on the basis of previously conducted studies of QoL and emotional and personal characteristics of persons with bone tumors.

Keywords: psychological counseling, quality of life, oncopsychology, bone tumors.

References

1. Musaev Je.R., Shshelkova O.Yu., Usmanova E.B. [et al.]. Kachestvo zhizni pacientov s opuholjami kostej [Quality of life in patients with bone tumors]. Moscow, 2022. 118 p. (In Russ.)
2. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S. [et al.]. Onkopsihologija [Oncopsychology]. Moscow, 2010. 186 p. (In Russ.)
3. Chow E., Andersson L., Wong R. [et al.]. Patients with advanced cancer: a survey of the understanding of their illness and expectations from palliative radiotherapy for symptomatic metastases. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2001; 13(3): 204–208.
4. Gal R., Oostinga D., Wessels H. [et al.]. Pre-treatment expectations of patients with spinal metastases: what do we know and what can we learn from other disciplines? A systematic review of qualitative studies. *BMC Cancer*. 2020; (20): 1212.
5. Jehan M., Azam S., Taimuri M.A. [et al.]. Care for breast cancer survivors in Asian countries: A review of sexual dysfunction. *Womens Health (Lond)*. 2024. 20:17455057241237687 [Preprint].
6. Lattig F., Fekete T.F., O'Riordan D. [et al.]. A comparison of patient and surgeon preoperative expectations of spinal surgery. *Spine*. 2013; (38(12)): 1040–1048.
7. Mannion A.F., Junge A., Elfering A. [et al.]. Great expectations: really the novel predictor of outcome after spinal surgery? *Spine*. 2009; (34(15)): 1590–1599.
8. Rehman Y., Syed M., Wiercioch W. [et al.]. Discrepancies between patient and surgeon expectations of surgery for sciatica: a challenge for informed decision making? *Spine*. 2019; (44(10)): 740–746.
9. Saban KL, Penckofer SM. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *J. Neurosci Nurs*. 2007; (39(3)): 180–189.

10. Solomons L., Farrar C. Psychological support for chronic conditions. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2023; (17(3)): 240–246.
 11. Sze J., Marisette S., Williams D. [et al.]. Decision making in palliative radiation therapy: reframing hope in caregivers and patients with brain metastases. *Support Care Cancer*. 2006; (14(10)): 1055–63.
 12. Twitchell D. Twitchell D.K., Wittmann D.A., Hotaling J.M. [et al.]. Psychological Impacts of Male Sexual Dysfunction in Pelvic Cancer Survivorship. *Sex Med Rev*. 2019; (7(4)): 614–626.
 13. van Wulfften Palthe O., Houdek M.T., Rose P.S. [et al.]. How Does the Level of Nerve Root Resection in En Bloc Sacrectomy Influence Patient-Reported Outcomes? *Clin Orthop Relat Res*. 2017; (475): 607–616. DOI 10.1007/s11999-016-4794-3.
 14. Yoo S.H., Kang J., Kim H.J. [et al.]. Opioid use and subsequent delirium risk in patients with advanced cancer in palliative care: a multicenter registry study. *Sci Rep*. 2024; (14(1)): 5990-6004. DOI: 10.1038/s41598-024-56675-1.
 15. Zhang Y., He Y., Pang Y. [et al.]. Suicidal ideation in Chinese patients with advanced breast cancer: a multi-center mediation model study. *BMC Psychol*. 2024; (12(1)): 130–139. DOI: 10.1186/s40359-024-01607-x.
-

Received 26.03.2024

For citing: TSyrenova E.B. Psihologicheskoe konsul'tirovanie pazientov s opuholyami kostey. *Vestnik psikhoterapii*. 2024; (90): 111–118. (In Russ.)

Tsyrenova E.B. Psychological counseling for patients with bone tumors. *Bulletin of Psychotherapy*. 2024; (90): 111–118. DOI: 10.25016/2782-652X-2024-0-90-111-118
