

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
ФГБОУ ВО «ПСПБГМУ ИМ. И.П. ПАВЛОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ  
ФГБУ «НМИЦ ПН ИМ. В. М. БЕХТЕРЕВА» МИНЗДРАВА РОССИИ  
РОССИЙСКОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО  
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ

# **КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

работ участников Всероссийской научно-практической конференции  
с международным участием,  
посвященной 10-летию кафедры общей и клинической психологии  
ФГБУ ВО ПСПБГМУ ИМ. И.П. Павлова Минздрава России

*10-11 октября 2024 года*



**Санкт-Петербург  
2024**

УДК 616.8(-41)  
ББК 88.7  
К49

**Редакционная коллегия:**

д-р мед. наук, профессор *В.М. Голянич*  
канд. психол. наук, доцент *И.Л. Гуреева*  
канд. психол. наук, доцент *Е.Д. Четверкина*  
канд. психол. наук, доцент *Ю.В. Мухитова*  
канд. психол. наук, доцент *А.П. Бизюк*  
канд. психол. наук, доцент *В.В. Лорер*  
канд. психол. наук, доцент *О.В. Тюсова*  
канд. психол. наук, доцент *Е.В. Ситкина*  
канд. психол. наук, ассистент *А.В. Степанова*  
ассистент *М.Д. Селькин*  
ассистент *Р.Ю. Шиндриков*  
ассистент *А.Н. Комарова*

**Ответственный редактор:**

д-р психол. наук, профессор *Е.Р. Исаева*

**Рецензент:**

*Цветкова Лариса Александровна*, д-р психол. наук, профессор, академик Российской академии образования, заместитель директора по научной деятельности Научно-исследовательского университета «Высшая школа экономики» в Санкт-Петербурге, и.о. вице-президента РАО, Санкт-Петербург, Россия

**Клиническая (медицинская) психология: современные вызовы и новые возможности** : Сборник тезисов работ участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 10-летию кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России (Санкт-Петербург, 10-11 октября 2024 года) [Электронный ресурс] / Отв. редактор Е.Р. Исаева. – Электрон. текстовые дан. (1 файл: 2,19 Мб). – СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2024. – 1 электрон. опт. диск (CDROM). – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; диск-вод CDROM, Adobe Reader 7.0. – ISBN 978-5-00259-009-4

В сборнике представлены тезисы научно-исследовательских работ участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Клиническая (медицинская) психология: современные вызовы и новые возможности», посвященной 10-летию кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России. Сборник состоит из 7 тематических разделов, содержит более 120 тезисов. В сборнике представлены материалы по результатам психологических исследований в области соматической медицины, нейрореабилитации, клинике психических расстройств и расстройств поведения, комплексной медицинской реабилитации, перинатальной медицине и ранней помощи детям и их семьям, в высшем образовании.

Издание предназначено для клинических психологов, врачей-психотерапевтов, врачей-психиатров, неврологов и других смежных специальностей, а также клинических ординаторов и аспирантов медицинских вузов.

# СОДЕРЖАНИЕ

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ

<i>Брагин Д.А.</i> АНАЛИЗ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАННЕЙ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	11
<i>Быков Ю.В., Беккер Р.А., Исайкин Я.С.</i> О ВАЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ И/ИЛИ ДЕРЕАЛИЗАЦИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА.....	12
<i>Виндорф С.А.</i> АДДИКТИВНЫЕ МОТИВЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ.....	14
<i>Гребень Н.Ф.</i> АГГРАВАЦИЯ И ЕЕ СВЯЗЬ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	16
<i>Гудзь Д.Е.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ПРАКТИКЕ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ АЛКОГОЛЬНУЮ И НАРКОТИЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТЬ.....	18
<i>Ермаков П.Н., Титова И.И.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕРМАТОГЛИФИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	19
<i>Есенкова Н.Ю.</i> ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРЕВЕНЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	21
<i>Идрисов К.А., Китаева А.С.</i> СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ.....	22
<i>Колеватова А.С.</i> ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	25
<i>Крохин И.П., Колпаков Я.В.</i> АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ: КОРРЕЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	26
<i>Крюкова Л.В., Сирота Н.А., Ялтонский В.М.</i> ВОСПРИЯТИЕ ЖЕНЩИНАМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И СТРАТЕГИИ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ.....	28
<i>Марченко Л.О., Левич С.Н., Юсупов В.В.</i> ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЛИЦ С ДЕВИАНТНЫМИ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ.....	29
<i>Новохацки А.В., Беребин М.А., Изаровский Б.В.</i> КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЦ, ЗАДЕРЖАННЫХ С ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ПРИ УПРАВЛЕНИИ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ.....	31
<i>Пилипенко А.С., Воробьева Т.В., Колпаков Я.В.</i> ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ ЭМОЦИИ И ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ.....	33
<i>Попова А.А., Сансанова Л.Б., Бубаев Б.А., Доржиева О.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН С ДИАГНОЗОМ «ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИНОИДОВ».....	35
<i>Рощина И.Ф., Сафарова Т.П.</i> ДЕПРЕССИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУНОФЕНОТИПАМИ.....	36

<i>Сирота Н.А., Шарифова А.А., Карчевская Е.А.</i> РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ, РЕЖИМЫ И ВОСПРИЯТИЕ РОДИТЕЛЬСТВА ПОДРОСТКАМИ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	38
<i>Скиртач И.А., Денисова Е. Г., Мартазанов А.Т.</i> КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПОНДЕНТОВ С АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ .....	39
<i>Скиртач И.А., Кови Е.М., Дреманова А.В.</i> ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ВЫГОД ОТ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА .....	41
<i>Стрелков О.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ КОММУНИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....	43
<i>Стряпухина Ю.В., Вахрушева И.А.</i> ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ СОЗАВИСИМЫХ В ПРОГРАММЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ «СОЛНЕЧНЫЙ КРУГ» .....	44
<i>Уласень Т.В., Решетников М.М.</i> ПРОБЛЕМА СИРОТСТВА КАК ПРЕДИКТОР ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ .....	46
<i>Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Глебоко О.П., Шапаревич А.С.</i> НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ.....	48
<i>Чугунов Д.Н., Негореева И.Г., Шкильнюк Г.Г., Рудель А.Е., Гаврилов Ю.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА ДЕПРЕССИВНОСТИ БЕКА (BDI) В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР.....	49
<i>Щетинина Е.В., Щелкова О.Ю.</i> ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД .....	52

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

<i>Бизюк А.П., Черникова А.С.</i> СРАВНЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ И СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ .....	54
<i>Жеглова К.Ю.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМЕТРИЧЕСКОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ НЕЙРОПСИХОЛОГА	55
<i>Жидкова Д.С.</i> НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРУДНОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ.....	57
<i>Каланходжаева К.Б.</i> ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА КОМПОНЕНТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА.....	59
<i>Куркин С.А., Смирнов Н.С., Паунова Р., Стоянов Д., Храмов А.Е.</i> ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ВЫСОКОГО ПОРЯДКА В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕТЯХ МОЗГА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БОЛЬШИМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ .....	61
<i>Меренков В.А.</i> ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ РЕЧИ У ПОДРОСТКА С ДЦП .....	63
<i>Рагозинская В.Г.</i> НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19 РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ .....	64
<i>Русских О.А., Ковязина М.С.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НЕГЛЕКТОМ С СОХРАННЫМИ И НАРУШЕННЫМИ РЕГУЛЯТОРНЫМИ ФУНКЦИЯМИ .....	66

<i>Стоянов Д., Стоянова К.</i> О ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОЙ ВАЛИДАЦИИ ШКАЛ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	68
<i>Храмов А.Е., Куркин С.А., Хорев В.С., Златева Г., Паунова Р., Кандиларова С., Маэс М., Стоянов Д.</i> НАРУШЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ СЕГРЕГАЦИИ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЕТИ МОЗГА ПРИ БОЛЬШОМ ДЕПРЕССИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ: ФМРТ-ИССЛЕДОВАНИЕ.....	70
<i>Шидловский В.А., Смочилин А.Г., Хромов А.А., Яковлев А.А.</i> НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ .....	71
<i>Шипкова К.М.</i> ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ВЕРБАЛЬНОЙ ПАМЯТИ В МОДЕЛИРОВАННОЙ МУЗЫКООБОГАЩЕННОЙ СРЕДЕ .....	73
<i>Шошина И.И., Моритц А.А., Косикова А.В., Федорова А.С., Карлова А.В., Становая В.В., Ляпунов И.С., Иванов М.В., Ляпунов С.И.</i> ОКУЛЯРНЫЙ МИКРОТРЕМОР ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	74
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ</b>	
<i>Абрамов С.В., Изумнов С.А.</i> ПСИХОТЕРАПИЯ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.....	77
<i>Абросимов И.Н., Сирота Н.А., Канатбек кызы А., Майская И.А.</i> НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ ЖЕНЩИН С АНОРЕКСИЕЙ .....	78
<i>Брагина Н.В.</i> ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ .....	80
<i>Браженко О.Н., Милютина К.В., Чухнова Д.Ю.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ – ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.....	81
<i>Бузина Т.С., Абдуллаева А.С.</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И СТИЛИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	83
<i>Василенко Т.Д., Смирнов Н.В.</i> НОНКОМПЛАЕНС И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ .....	85
<i>Васина А.Н.</i> РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ...	87
<i>Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Вольхина Д.М.</i> СИМБИОЗ ВЫЖИВАНИЯ: НАЛИЧИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ТАБАКОКУРЕНИЯ .....	89
<i>Гуреева И.Л., Андреев В.В., Лукьяева И.М.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СПИНАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ .....	92
<i>Ермаков П.Н., Зверева Л.В.</i> ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНТНОСТИ В ОНКОПСИХОЛОГИИ: ОТНОШЕНИЯ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ – ОНКОПСИХОЛОГ .....	94
<i>Золотарева А.А.</i> ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ SSD-12: ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ СОМАТИЗАЦИИ .....	95
<i>Кошанская А.Г.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЕГО ТЕЧЕНИЯ.....	97

<i>Кузенко С.С., Веденова О.В.</i> ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ .....	99
<i>Наэль-Прунес М.В., Харьковская О.А.</i> РОЛЬ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ ПО БЕРЕМЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ.....	101
<i>Мелёхин А.И.</i> СПЕЦИФИКА ПСИХИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН С РЕКУРРЕНТНЫМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ .....	102
<i>Пелевина И.Д., Шапорова Н.Л.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОТКАЗА ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ С КОМОРБИДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ .....	105
<i>Петраш М.Д.</i> СТРУКТУРА ПОВСЕДНЕВНОГО СТРЕССА В ОБЫЧНОЙ ЖИЗНИ И В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ.....	106
<i>Пахомова Ф.В., Книжникова А.А.</i> ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ .....	108
<i>Раевский А.А., Романова А.П., Медникова Е.С.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	109
<i>Романчук Л.Н.</i> ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ – ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА 10 ЛЕТ.....	111
<i>Савицкая И.В., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Журавлева А.С.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ, ИХ РОДСТВЕННИКОВ И МЕДПЕРСОНАЛА НА ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.....	113
<i>Савицкий И.С., Яскевич И.Г.</i> АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЛАКСАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ.....	115
<i>Сирота Н.А., Фетисов Б.А.</i> СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	116
<i>Сотников В.А., Юдицкая А.С.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА И УРОВНЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЛЕАНТНОСТИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА .....	118
<i>Тачалов В. В., Исаева Е.Р., Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Лобода Е.С.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТА.....	120
<i>Фаустова А.Г.</i> ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ И СКЛОННОСТЬ К ВОЗРАСТ-ЗАВИСИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ, ПЕРЕЖИТОГО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	121
<i>Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Куш Т. А., Вольхина Д.М., Комяк И.В.</i> КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК: АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....	123
<i>Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Куш Т.А., Вольхина Д.М., Комяк И.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ: НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗАБОТЫ О ПАЦИЕНТАХ В ПРОЦЕССЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК .....	126
<i>Четверкина Е.Д., Исаева Е.Р., Василевский Д.И., Баландов С.Г., Анисимова К.А., Берулава Е.Т., Семикова Г.В., Мозгунова В.С., Зинченко А.В., Силина В.А.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ .....	129

*Шиловская Н.В., Главатских М.М.*

СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ЛЕЧЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ  
МОТИВАЦИОННОГО УРОВНЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ  
И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕМИССИИ ..... 132

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*Демидов П.М., Яковлева М.В., Софронова М.Г., Демченко Е.А.*

ДИНАМИКА ПРОЯВЛЕНИЙ АСТЕНИИ И ДЕПРЕССИИ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ  
ПРОХОЖДЕНИЯ КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ COVID-19 ..... 134

*Джалилова А.А., Вагайцева М.В., Крутов А.А.*

КОРРЕКЦИЯ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ  
АМПУТАЦИЮ В СВЯЗИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ РАНЕНИЕМ ..... 136

*Ильмузина А.В., Ковшова О.С.*

ВКЛЮЧЕНИЕ VR-ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ. 137

*Караяни А.Г.*

БРИТАНСКИЙ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ  
РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ ..... 139

*Козлов А.А., Клименко Т.В., Абрамов С.В., Игумнов С.А., Шахова С.М.*

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ  
ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС ..... 141

*Коновальчик Т.К.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАДЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ..... 144

*Логинова И.О.*

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО  
ПРОФИЛЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В РАМКАХ  
РАННЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ..... 145

*Нарольская Д.П., Кобрянова И.В.*

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОМБАТАНТОВ  
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ..... 147

*Рогачева Т.В.*

МЕСТО МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
И АБИЛИТАЦИИ ..... 149

*Соловьева С.Л.*

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ РЕЛИГИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ ..... 151

*Хажуев И.С.*

ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ПТС У НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ..... 152

*Шиндриков Р.Ю., Хромов А.А., Яковлев А.А.*

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ БИНАУРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ  
В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ..... 154

*Яковлева М.Б., Белаиш В.А., Малыгин А.В., Найман Е.К.*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ФАНТОМНЫХ БОЛЕЙ  
НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ ..... 156

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ**

*Благодаразумова М.Г.*

ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ ..... 158

*Блюм А.И., Василенко Т.Д.*

РОЛЬ НАРУШЕННОГО КОНТАКТА В ДИАДЕ МАТЕРИ И ДИТЯ В ФОРМИРОВАНИИ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ РЕБЕНКА ..... 160

<i>Громова Н.В., Каминская Ю.М.</i> РАСПОЗНАВАНИЕ ПРИЗНАКОВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ. ОСОБЕННОСТИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ И ЭКСПЛУАТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕЛАРУСИ И РОССИИ .....	162
<i>Клак Д.С., Зверева Н.В.</i> К ВОПРОСУ ОБ ОТНОШЕНИИ РОДИТЕЛЕЙ К КОМПЬЮТЕРНЫМ ИГРАМ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА .....	164
<i>Козлов М.Ю.</i> БЕЗОПАСНОСТЬ И АДАПТАЦИЯ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ МЕЖДУ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ И РАССТРОЙСТВОМ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ? .....	166
<i>Мухамедова Д.Г., Туракулова А.С.</i> РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ УЗБЕКИСТАНА: ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ .....	167
<i>Солондаев В.К.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА-ПАЦИЕНТА С ОТНОШЕНИЕМ К БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ .....	170
<i>Суркова К.Л., Зверева Н.В.</i> СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ И ДАЛЬНЕЙШЕГО НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ИСКУССТВЕННО ЗАЧАТЫХ ДЕТЕЙ .....	172
<i>Фесенко Ю.А., Добряков И.В.</i> АНОМИЯ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЯ САМОСОХРАНЕНИЯ .....	173
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ</b>	
<i>Евстифеева Е.А., Гефеле О.Ф.</i> АКТУАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ВУЗЕ СТУДЕНТОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЙ .....	175
<i>Евстифеева Е.А., Мурашова Л.А., Макаров А.В.</i> ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРДИНАТОРОВ ТВГМУ .....	177
<i>Евстифеева Е.А., Мурашова Л.А., Филиппченкова С.И., Макаров А.В.</i> ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ВРАЧА В ПРАКТИКЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	179
<i>Зеленина Н.В., Федоткина И.В.</i> ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ .....	181
<i>Коновалова А.М., Букинич А.М.</i> К ВОПРОСУ О ТРУДНОСТЯХ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ.....	182
<i>Макарова И.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ВУЗА: СПЕЦИФИКА И ДИНАМИКА ЗАПРОСОВ СТУДЕНТОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ.....	184
<i>Ростомашвили И.Е.</i> ЛИЧНОСТНАЯ МОБИЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ВЫСШЕГО ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ .....	186
<i>Силаева Д.В., Гуткевич Е.В.</i> ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ.....	187
<i>Тюсова О.В., Исаева Е.Р., Павлова О.В., Марченко Л.О., Левич С.Н., Юсупов В.В.</i> ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА .....	189

<i>Федоткина И.В., Зеленина Н.В., Яковлева Л.В., Дианова Н.Л.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ.....	191
<i>Шаболтас А.В., Розанов В.А.</i> ПРОТЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ.	193
<i>Шиндрикова Е.В.</i> ВЛИЯНИЕ СМИ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОБРАЗОМ ТЕЛА У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК 18-23 ЛЕТ.....	195
<i>Яковлева Н.В.</i> СТУДЕНТОЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННОМ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ.....	197

### СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

<i>Большакова Т.В., Попова И.А., Савин А.Э., Ворочалкова Е.Е.</i> ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН, ПРОХОДЯЩИХ ОРУЖЕЙНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ КОМИССИЮ.....	200
<i>Давыдова А.М., Фаттахова Р.Х.</i> ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	202
<i>Евмененко А.О., Коргожа М.А.</i> УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ЕГО ДИНАМИКА У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	203
<i>Исаева Е.Р., Комарова А.Н.</i> ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕПЛИКАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Ф-МРТ ДИАГНОСТИКИ.....	205
<i>Коробкова М.М., Павлей Л.В.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ПРИВЯЗАННОСТИ В ДИАДЕ «МАТЬ–РЕБЕНОК С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ».....	207
<i>Крупина К.М., Петраш М.Д.</i> ЗДОРОВОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СТРУКТУРЕ СТЕРЕОТИПНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СТАРЕНИИ.....	209
<i>Курдияшко В.С., Скиртач И.А.</i> СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ СО СКЛОННОСТЬЮ К САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ.....	211
<i>Кучмезова А.А-А.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ У МЕДИЦИНСКИХ СОТРУДНИКОВ СРЕДНЕГО И ВЫСШЕГО ЗВЕНА.....	213
<i>Логинов С.А., Гуткевич Е.В.</i> ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ГОРЮЮЩИХ КАК ПРЕДИКТОРЫ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	215
<i>Мамедова Л.Г., Логинова И.О.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	218
<i>Майер П.А., Исаева Е.Р., Браженко О.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	219
<i>Невинная Е.Д., Ипатов К.А.</i> КОМПЛАЕНС И СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	221

<i>Попова А.А., Ситкина Е.В.</i> СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У ОРДИНАТОРОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПОКОЛЕНИЯ МИЛЛЕНИУМА .....	223
<i>Смерчинский С.В., Трегубенко И.А., Исаева Е.Р.</i> ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО И МЕТАКОГНИТИВНОГО УРОВНЕЙ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ .....	225
<i>Тарасова Д.А.</i> ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДИСКАЛЬКУЛИЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	226
<i>Токарева Г.М., Жаворонкова Л.А.</i> СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК И САМООЦЕНКА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ».....	228
<i>Фесенко А.О., Черных А.М., Шиндриков Р.Ю.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ .....	230
<i>Хажуев И.С., Цугалова Х.Б.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И МЕХАНИЗМОВ СОВЛАДАНИЯ В КОНТЕКСТЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ПОСТВОЕННОГО РЕГИОНА .....	231
<i>Хажуев И.С., Донхаева Б.А.</i> ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И РЕАКЦИЙ ТРЕВОГИ ПРИ РАЗНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ.....	233
<i>Шакирова О.А., Илюхина М.О., Ситкина Е.В., Яременко А.И., Калакуцкий И.Н.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С БИСФОСФОНАТНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ .....	235
<i>Шершинева А.С., Ситкина Е.В.</i> СУИЦИДАЛЬНЫЕ РИСКИ У ПОДРОСТКОВ.....	237

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В КЛИНИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ

---

## АНАЛИЗ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАННЕЙ СТАДИИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Брагин Д.А.*

СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»,  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (Санкт-Петербург)

**Введение.** В последнее время особое внимание уделяется нейрокогнитивному дефициту при шизофрении – по выражению А. Брейэра, «третьей ключевой группе симптомов» этой психической патологии, наряду с позитивными и негативными расстройствами. В связи с вышеуказанным и малым числом исследований, объединяющих в себе исследование нейрокогнитивных особенностей и состояния социального функционирования у больных шизофренией, было организовано данное исследование.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на клинической базе, которой выступила ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница». Были исследованы 94 человека, средний возраст 27 лет. В экспериментальную группу вошли пациенты с верифицированным диагнозом шизофрении (F20) на ранней стадии течения заболевания (53 человека, средний возраст 29 лет). Контрольную группу аналогичной половозрастной структуры составили психически здоровые люди (41 человек, средний возраст 28 лет). В качестве методов исследования были использованы: (1) методика «Тест чернильных пятен Г. Роршаха»; (2) тест «Понимание психического состояния по глазам»; (3) тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, М. Салливена; (4) методика «Эмоциональный интеллект» Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо (MSCEIT V2.0); (5) тест эмоционального интеллекта Люсина (ЭмИн); (6) тест эмоционального интеллекта Холла; (7) методы нейропсихологической диагностики (интегрированы количественный (балловый) и качественный (описательный) подходы Лурия и Глозман); (8) методики патопсихологического исследования. Методы обработки данных: Интегративная система Джона Экснера, статистические методы.

**Результаты.** Обнаружены взаимосвязи: 1) нарушения оценивания реальности с нарушениями нейропсихологических факторов межполушарного взаимодействия (асимметрическое постукивание и X-% (значимость по  $r=0,720$ , при  $p=0,001$ )) и модально-неспецифическими факторами срединных структур (повышенная тормозимость следов в условиях интерференции и XА%, WDA% ( $r=0,496$ ,  $p=0,05$ )); 2) нарушения межличностных отношений с нарушениями факторов программирования, регуляции и контроля деятельности (критичность и H-cont ( $r=0,837$ ,  $p=0,001$ )), временной организации движений (персеверации и COP ( $r=0,721$ ,  $p=0,001$ )), межполушарного взаимодействия (реципрокная координация и H-cont ( $r=0,544$ ,  $p=0,001$ )), полушарного фактора, связанного с работой правого полушария мозга (фрагментарность восприятия и COP ( $r=-0,472$ ,  $p=0,05$ )).

**Заключение.** Полученные данные помогут усовершенствовать диагностический процесс для данных пациентов, помочь при составлении психокоррекционных программ. Комплексное исследование восприятия, с позиций разных методологических подходов, позволило получить наиболее полную картину нарушений, характерных для данного заболевания. Сравнение позволило, помимо констатации факта наличия определенных специфичных нарушений для экспериментальной группы, сделать вывод о характерности взаимосвязей внутри выявленных нарушений. Наиболее ценные и информативные данные были получены путём проективного психодиагностического исследования с применением высокостандартизованного в рамках Интегративной системы Экснера метода чернильных клякс Роршаха, показавшего свою высокую чувствительность и точность в диагностике нарушений социального функционирования.

**Ключевые слова:** социальное познание; тест Роршаха в Интегративной системе Экснера; шизофрения; нейропсихологическая диагностика; нейропсихиатрия.

## ANALYSIS OF NEUROPSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF SOCIAL COGNITION DISORDERS IN PATIENTS WITH EARLY SCHIZOPHRENIA

*Bragin D.A.*

Psychiatric Hospital of St. Nicholas,  
St. Petersburg State University

**Keywords:** social cognition; the Rorschach test in the Exner Integrative System; schizophrenia; neuropsychological diagnostics; neuropsychiatry.

### **Сведения об авторе:**

Брагин Дмитрий Алексеевич, заведующий психологической службой СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»; соискатель кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (г. Санкт-Петербург), [bragin.mail@gmail.com](mailto:bragin.mail@gmail.com).

## О ВАЖНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ СИМПТОМОВ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ И/ЛИ ДЕРЕАЛИЗАЦИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРА

*Быков Ю.В., Беккер Р.А., Исайкин Я.С.*

Ставропольский государственный медицинский университет (Ставрополь)

**Введение.** Ещё в 1970-х годах один из отцов всей современной российской аффектологии Ю.Л. Нуллер обратил внимание на то, что наличие симптомов синдрома деперсонализации–дереализации (ДП/ДР) в картине любого психического расстройства вызывает его резистентность к лечению и предложил методы её преодоления. Позднее один из видных исследователей синдрома ДП/ДР Маурицио Сиерра озаглавил свою книгу 2012 года «*Depersonalization: A New Look On A Neglected Syndrome*» («Деперсонализация: новый взгляд на позабытый синдром»).

Несмотря на это, в клинической практике синдром ДП/ДР до сих пор нередко игнорируется, недооценивается, не диагностируется либо расценивается как «всего лишь ещё один симптом депрессии/тревоги/психоза». Это приводит к неудовлетворительным результатам лечения.

**Материалы и методы.** В разное время наблюдались три пациента с резистентными формами разных психических расстройств, неоднократно получавшие различные курсы психотерапии (ПФТ) и даже электросудорожную терапию (ЭСТ).

У пациента №1, 20-летнего юноши, имелась терапевтически резистентная депрессия (ТРД).

У пациента №2, 25-летнего мужчины, имелась терапевтически резистентная шизофрения (ТРШ).

У пациентки №3, 33-летней женщины, имелось терапевтически резистентное обсессивно-компульсивное расстройство (ТР-ОКР).

**Результаты.** Пациентам в ходе диагностической беседы было предложено заполнить два стандартных онлайн-психологических опросника на выявление симптомов синдрома ДП/ДР – шкалу Нуллера и Кембриджскую шкалу деперсонализации. У всех пациентов был обнаружен выраженный синдром ДП/ДР.

Пациенту №1 были назначены мощный антидепрессант (АД) двойного действия венлафаксин с доведением дозы до 300 мг/сут и обладающий специфической эффективностью при ДП/ДР нормотимик ламотриджин с доведением дозы до 300 мг/сут, тразодон до 150 мг на ночь для улучшения сна и половой функции.

Пациенту №2 был рекомендован перевод с пролонга рисперидона на клозапин, который эффективен при ТРШ и обладает не только сильной антипсихотической, но и специфической антидеперсонализационной активностью (в итоге до 400 мг/сут), добавлены ламотриджин до 200 мг/сут, эсциталопрам до 20 мг/сут, омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. После сообщения пациента о том, что на фоне интеркуррентных инфекций симптомы ДП/ДР у него уменьшаются, ему был добавлен противовоспалительный препарат целекоксиб (200 мг/сут).

Пациентке №3 были назначены серотонинергический АД флувоксамин, ранее ею не испытанный (до 300 мг/сут), ламотриджин до 200 мг/сут, небензодиазепиновый анксиолитик буспирон, по которому имеются данные о его полезности в лечении как ТР-ОКР, так и синдрома ДП/ДР (30 мг/сут). Позднее, с учётом данных о том, что в лечении ТР-ОКР могут быть полезны мемантин и топирамат, и что они иногда бывают эффективны также в лечении синдрома ДП/ДР, несмотря на способность их самих иногда вызывать данный синдром – буспирон был заменен ей на комбинацию мемантина (до 10 мг/сут) и топирамата (до 50 мг/сут).

Всем трем пациентам проводили психотерапию принятия и осознанности, разъяснение сути испытываемых ими симптомов, обучение распознаванию притупленных (якобы отсутствующих) эмоций и их адекватному внешнему проявлению. Лечение привело к становлению ремиссии у всех пациентов.

**Заключение.** Своевременное выявление симптомов синдрома ДП/ДР у пациентов с различными формами резистентных психических расстройств с помощью шкал Нуллера и Кембриджской, а затем коррекция ПФТ с учётом этого факта и присоединение психотера-

пии, специфически направленной на эту симптоматику, – очень важны в преодолении терапевтической резистентности.

Тесное сотрудничество психиатра и клинического психолога, обладающего навыками диагностики и специфической психотерапии синдрома ДП/ДР, также очень важно в ведении подобных пациентов.

**Ключевые слова:** деперсонализация, дереализация, терапевтическая резистентность, Кембриджская шкала деперсонализации, шкала деперсонализации Нуллера.

### ON THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL TESTING FOR DEPERSONALIZATION AND/OR DEREALIZATION SYMPTOMS IN PSYCHIATRIC PRACTICE

*Bykov Yu.V., Bekker R.A., Isaykin Ya.S.*

Stavropol State Medical University (Stavropol)

**Keywords:** depersonalization, derealization, treatment resistance, Cambridge depersonalization scale, Nuller depersonalization scale.

#### **Сведения об авторе:**

Быков Юрий Витальевич, канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ДПО педиатрического факультета Ставропольского государственного медицинского университета, e-mail: yubikov@gmail.com

### АДДИКТИВНЫЕ МОТИВЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

*Виндорф С.А.*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница» (Санкт-Петербург)

**Введение.** В последние годы продолжается увеличение числа несовершеннолетних, приобщающихся к психоактивным веществам (ПАВ). Наблюдается уменьшение возраста первой пробы, рост числа лиц женского пола, изменение структуры используемых наркотических средств с регистрируемым отчётливым ростом доли синтетических каннабиноидов и психостимуляторов, а также раннее приобщение к алкоголю и никотину, включая никотинсодержащие жидкости.

В изучении аддикций мотивация является одним из центральных клинико-психологических феноменов (Н.В. Вязовова, М.Е. Серебрякова, А.В. Трусова и др.). Процесс принятия подростком решения о первичной пробе ПАВ может быть не вполне осознанным и обоснованным, однако отражает сочетание намерений, оценок, импульсов и поведенческих ответов, на которые оказывают влияния внешние обстоятельства и внутренние факторы. По мере употребления происходит трансформация первичных мотивов. Аддиктивное поведение, вектор которого направлен на удовлетворение актуальных потребностей, интегрируется в глубокий уровень мотивационной системы, формирует осознанное желание употреблять наркотики и становится главным, доминирующим мотивом.

В российских исследованиях наблюдается существенный дефицит адекватных валидных психометрических инструментов для оценки мотивации употребления алкоголя, в том числе у подростков (А.В. Трусова и др.).

Для изучения мотивов употребления наркотических веществ используется методика И.В. Аксючиц, включающая выявление девяти мотивов потребления ПАВ, образующих триады (социально-психологические мотивы приема ПАВ, потребления; личностные, персональные мотивы потребления наркотиков; патологическую мотивацию употребления наркотиков).

**Материалы и методы.** Исследовано 110 несовершеннолетних в возрасте 13-18 лет (средний возраст – 16 лет), 59 женского и 51 мужского пола, с диагнозом по МКБ-10: F.11.x-F.19.x. с помощью анкетирования, клиничко-психологического метода, опросника «Мотивы употребления наркотиков» И.В. Аксючиц. База: СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница». Математический анализ выполнен с помощью статистического программного обеспечения SPSS 27.

**Результаты.** Ведущей является триада шкал, образующих патологическую мотивацию употребления наркотиков, которая свидетельствует об осознаваемом влечении к наркотикам: субмиссивные, аддиктивные, самоповреждающие. Статистически значимые различия в мотивах употребления наркотиков между девушками и юношами не выявлены. То есть в иерархии мотивов потребления наркотических веществ подростками, вне зависимости от пола, в целом по выборке наибольшую силу имеют аддиктивные, субмиссивные, самоповреждения.

Аддиктивные мотивы определяют осознанное желание употреблять наркотики. Абстинентные мотивы менее выражены.

Мотивы самоповреждения свидетельствуют о стремлении употреблять наркотики назло другим и себе, в качестве протеста, из-за потери перспективы будущего, утраты смысла трезвой жизни.

Субмиссивные мотивы употребления наркотиков, отражающие желание подчиниться прессингу значимых людей, в общей мотивационной структуре превалируют, что вероятнее всего отражает этап первичных проб, связанный с влиянием референтной группы. Субмиссивные мотивы описываются конформной моделью, когда стремление подражать лидерам, быть принятым группой приводит к потреблению психоактивных веществ.

Триада мотивов, образующая группу личностных, персональных мотивов потребления наркотиков, состоящую из гедонистических, атарактических мотивов и мотивов гиперактивации поведения, наименее выражена. Менее всего выражен такой мотив, как гиперактивация поведения, который указывает на стремление «выйти» из состояния скуки, душевного бездействия, либо на желание подростков усилить эффективность своего поведения.

**Заключение.** Исследование показало, что преобладающими мотивами употребления наркотиков в подростковой среде являются социально-психологические и патологические мотивы, тогда как группа индивидуально-психологических мотивов менее выражена. Субмиссивные, аддиктивные, самоповреждающие мотивы являются актуализированными, действующими, обуславливают злоупотребление нарковеществами и относятся к «смыслообразующим» мотивам употребления несовершеннолетними наркотиков.

Дефицит психодиагностического инструментария свидетельствует о необходимости разработки современных экспериментально-психологических методик для выявления мотивов употребления ПАВ несовершеннолетними.

**Ключевые слова:** аддиктивное поведение, мотивы употребления, несовершеннолетние наркопотребители.

## **ADDICTIVE MOTIVES OF UNDERAGE DRUG USERS**

*Vindorf S.A.*

Saint Petersburg State Pediatric Medical University  
City Narcological Hospital (Saint Petersburg)

**Keywords:** addictive behavior, motives for use, underage drug users.

### **Сведения об авторе:**

Виндорф Светлана Алексеевна, старший преподаватель кафедры психосоматики и психиатрии ФГБОУ ВО СПб ГПМУ МЗ РФ, к.п.н., медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница» (г. Санкт-Петербург), [vindorfs@mail.ru](mailto:vindorfs@mail.ru)

## **АГГРАВАЦИЯ И ЕЕ СВЯЗЬ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У ЛИЦ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Гребень Н.Ф.*

Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)

**Введение.** В клинической практике по-прежнему недооценивается явление переживания болезни пациентом, которое в научной литературе принято обозначать рядом терминов – аутопластическая картина болезни, внутренняя картина болезни, отношение к болезни и др. В связи с этим особое внимание следует уделить феномену аггравации (лат. *aggravatio* – отягощение) – преувеличение пациентом отдельных симптомов действительно имеющегося заболевания. Клиницисту важно знать, что аггравация может быть неосознаваемой, умышленной (сознаваемой) и патологической (у психических пациентов).

Несмотря на актуальность заявленной проблемы, на практике объективно выявить аггравацию не всегда представляется возможным в силу дефицита диагностического инструментария. Но чаще приходится иметь дело с отсутствием запроса со стороны лечащих врачей как в психиатрической, так и соматической медицине.

Известно, что шкала надежности/достоверности F в тесте «СМИЛ» может повышаться из-за невротической тревожности обследуемого, либо в силу его установки «наговорить на себя», подчеркнуть свои особенности или страдания. Последнее часто сопряжено с феноменом аггравации (Л.Н. Собчик, 2002).

Цель исследования – изучить взаимосвязи аггравации с личностными особенностями и патопсихологическими симптомами у лиц с пограничными психическими расстройствами.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 50 человек, которые впервые обратились за психиатрической и/или психологической помощью в консультативно-поликлиническое отделение ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья». Среди них 28 (56 %) женщин и 22 (44 %) мужчины в возрасте от 19 до 61 года, средний возраст – 32 года. Уровень образования: высшее – у 46 % выборки, незаконченное высшее –

у 8 %, среднее специальное – у 24 % и среднее – у 22 %. Обратившиеся за помощью имели различные специальности и преимущественно были представителями умственного труда.

Методики исследования: «СМИЛ» (Л.Н. Собчик), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Статистическую обработку данных осуществляли с применением статистического пакета SPSS 17.0.

**Результаты.** Среднее значение по шкале F в тесте «СМИЛ» составило  $64,1 \pm 12,9$  Т-балл, с минимальным значением 44 балла и максимальным – 108. У 22 % обследованных значение шкалы F превысило 70 Т-баллов, у 4 % – 90 Т-баллов. Данные двух человек есть основания считать сомнительными. В то же время у всех тестируемых шкалы L и K соответствуют нормативным значениям.

Анализ взаимосвязи шкал достоверности показал, что шкала F взаимосвязана обратной средней связью со шкалами L ( $r=-0,339$ ;  $p=0,016$ ) и K ( $r=-0,69$ ;  $p=0,001$ ). Корреляционный анализ также показал, что аггравация взаимосвязана положительной средней связью с большинством основных шкал теста «СМИЛ» – Шкала депрессии (D) ( $r=0,312$ ;  $p=0,027$ ), Шкала импульсивности, психопатии (Pd) ( $r=0,431$ ;  $p=0,002$ ), Шкала ригидности, паранойи (Pa) ( $r=0,679$ ;  $p=0,001$ ), Шкала тревожности, психастении, (Pf) ( $r=0,434$ ;  $p=0,002$ ), Шкала индивидуальности, шизофрении (Sc) ( $r=0,66$ ;  $p=0,001$ ), Шкала оптимизма и активности, гипомании (Ma) ( $r=0,482$ ;  $p=0,001$ ); а также со шкалами тревоги и депрессии шкалы HADS – Шкала депрессии ( $r=0,24$ ;  $p=0,05$ ), Шкала тревоги ( $r=-0,44$ ;  $p=0,001$ ).

Следовательно, у большинства лиц с пограничными расстройствами выражена аггравация, проявляющаяся в стремлении привлечь внимание окружающих к страданиям, получить помощь, сочувствие. Также у них наблюдается загруженность сознания своими проблемами, психическая напряженность, беспокойство. При этом лица, склонные к тревожности и аггравации, в меньшей степени ориентированы на создание социально желаемого образа и коррекцию своей социальной персоны в процессе тестирования.

Высокие значения по шкале F связаны с ростом большинства клинических шкал и выраженностью соответствующих личностных особенностей, за исключением (что, на наш взгляд, было несколько неожиданным) таких шкал, как Шкала сверхконтроля, ипохондрии (Hs) и Шкала демонстративности, истерии (Hy). Наиболее сильная взаимосвязь аггравации прослеживается с такими личностными особенностями, как паранойяльность и шизоидность. Что касается психических состояний, то аггравация в большей степени сопряжена с тревожностью, чем депрессией.

**Заключение.** Таким образом, патопсихологическое обследование пациентов, когда предметом исследования являются психические состояния и особенности личности, должно учитывать проявление аггравации как своего рода психологическую реакцию на заболевание. Это важно для постановки объективного диагноза. Данный факт также требует учета при проведении психокоррекционных и психотерапевтических интервенций для пациентов, впервые обратившихся за психиатрической и/или психологической помощью.

**Ключевые слова:** отношение к болезни, аггравация, патопсихологические симптомы, личностные особенности, пограничные психические расстройства.

**AGGRAVATION AND ITS RELATIONSHIP  
WITH PERSONALITY CHARACTERISTICS AND PATHOPSYCHOLOGICAL  
SYMPTOMS IN INDIVIDUALS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS**

*Hreben N.F.*

Mental Health Center (Minsk)

**Keywords:** attitude to illness, aggravation, pathopsychological symptoms, personality traits, borderline mental disorders.

**Сведения об авторе:**

Гребень Наталия Фёдоровна, старший научный сотрудник отдела наркологии и клинико-эпидемиологических исследований, аспирант кафедры общей психологии Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [strekosa@tut.by](mailto:strekosa@tut.by)

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ ПРАКТИКЕ  
РАБОТЫ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ  
АЛКОГОЛЬНУЮ И НАРКОТИЧЕСКУЮ ЗАВИСИМОСТЬ**

*Гудзь Д.Е.*

УФСИН России по Республике Адыгея (Майкоп)

**Введение.** Описание особенностей работы клинического (медицинского) психолога с осужденными, имеющими алкогольную и наркотическую зависимость, в учреждениях уголовно-исполнительной системы.

**Материалы и методы.** Программа занятий, направленная на осуществление комплекса мер психологической работы с целью восстановления физического и психического состояния осужденных, включающая терапию аддикции по А. Беку с помощью освоения методов саморегуляции и когнитивно-поведенческого подхода.

**Результаты.** Коррекция эмоциональной, когнитивной и мотивационной сферы личности (как в групповой, так и индивидуальной форме проведения занятий) осужденных, отбывающих наказание по статьям, связанным с употреблением и распространением наркотических веществ, совершивших преступление в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, а также осужденных, которым судом была назначена медико-психологическая реабилитация от наркотической или алкогольной зависимости, позволяет сформировать социально приемлемые формы поведения, способность функционировать в обществе без употребления алкогольных и наркотических веществ, адаптироваться к окружающей социальной среде, найти рациональное решение своих жизненных проблем.

**Заключение.** В результате использования упражнений в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, аутотренингов, а также психопрофилактических занятий, направленных на осмысление и понимание механизма аддикций, у осужденных происходит осознание проблемы зависимости, формируется мотивация к отказу от употребления наркотиков и алкоголя, что позволяет выработать навыки защитного поведения и установки к правопослушному поведению. Мероприятия также направлены на подготовку осужденных к освобождению и профилактику совершения ими новых преступлений.

**Ключевые слова:** уголовно-исполнительная система, алкогольная и наркотическая зависимость осужденных, психическая и физиологическая зависимость от психически активных веществ, особенности психологической помощи осужденным с алкогольной и наркотической зависимостью.

## CLINICAL PSYCHOLOGY IN PENITENTIARY PRACTICE OF WORKING WITH PERSONS HAVING ALCOHOLIC AND DRUG ADDICTION

*Gudz D.E.*

Federal Penitentiary Service of Russia in the Republic of Adygea (Maykop)

**Keywords:** penal system, alcohol and drug addiction of convicts, mental and physiological dependence on mentally active substances, features of psychological assistance to convicts having alcohol and drug addiction.

### **Сведения об авторе:**

Гудзь Дарья Евгеньевна, старший психолог психологической службы УФСИН России по Республике Адыгея (г. Майкоп), [daria.gudz@mail.ru](mailto:daria.gudz@mail.ru)

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ДЕРМАТОГЛИФИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Ермаков П.Н., Титова И.И.*

Кафедра психофизиологии и клинической психологии  
Академия психологии и педагогики  
Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону)

**Введение.** Статья посвящена рассмотрению вопросов использования дерматоглифических методов в клинической психологии в качестве дополнительного метода диагностики психических расстройств и расстройств поведения.

В 2026 году исполнится сто лет с момента, когда на конференции анатомов ученые Г. Камминс и Ч. Мидло предложили термин «дерматоглифика». В наши дни актуальность вопроса изучения дерматоглифических особенностей личности не вызывает сомнений ввиду растущего применения биометрических технологий. Развитие научных знаний в сфере анализа уникальных кожных узоров кисти и стоп человека и их связи с психологическими характеристиками личности может иметь прямое практическое значение для целей клинической психологии и превентивной медицины.

**Материалы и методы.** В исследованиях кожного рельефа важно иметь четкий отпечаток с хорошо различимым папиллярным узором. Для получения отпечатков пальцев, ладоней и стоп и исследования дерматоглифических узоров применяются различные методики.

Классическая методика с помощью типографской краски на листах бумаги предложена основоположниками дерматоглифики учеными Г. Камминсом и Ч. Мидло (1943). В отечественной науке применяется аналогичная методика типографской краски, предложенная Т.Д. Гладковой (1966). Данные методики имеют свои ограничения, связанные с трудозатратностью и сложностью самой процедуры, возможными погрешностями в анализе отпечатков, наличием субъективного фактора в интерпретации узоров.

Развитие научных исследований в этой области требует обновления и унификации методики исследования папиллярных узоров. В современное время появляются новые более усовершенствованные методики, такие как:

– методика сканирования оптоволоконными и электрооптическими сканерами, что позволит обрабатывать данные в цифровом формате с помощью компьютерных программ и фильтров для анализа изображений;

– методика DESI (desorption electrospray ionization), основанная на ионизации электро-распылением, создающим «химическое изображение» отпечатка ладони с высоким разрешением;

– эджеоскопическая методика, позволяющая изучить индивидуальные особенности строения микрорельефа папиллярных узоров.

**Результаты.** По результатам теоретического исследования необходимо отметить, что анализ дерматоглифических признаков используется современными исследователями для изучения дерматоглифических особенностей ряда заболеваний, включая геномные нарушения и заболевания с наследственной предрасположенностью (алкоголизм, эпилепсия, шизофрения и др.). По мнению Е.В. Коротковой, А.И. Борисова особенности дерматоглифических паттернов имеют ассоциацию с развитием некоторых психопатологий и мультифакторных психических расстройств, которые в том числе связаны с генетической предрасположенностью, что могло бы использоваться в качестве фенотипического предиктора (биомаркера) развития ментальных расстройств.

**Заключение.** Результаты ряда научных исследований свидетельствуют о потенциале использования дерматоглифических маркеров в качестве дополнительного метода ранней диагностики психических расстройств и расстройств поведения. Возможность раннего распознавания психических расстройств является важным шагом для своевременной и эффективной психотерапии и оптимизации жизнедеятельности личности. В этой связи представляется правильным, что для развития данного направления научной деятельности необходимо усовершенствовать и унифицировать применяемые методики исследования кожных узоров.

Таким образом, результаты дерматоглифических исследований могут применяться в будущем в клинической психологии и соматической медицине наряду с психодиагностическими инструментами.

**Ключевые слова:** дерматоглифические маркеры, психодерматоглифика, клиническая психология.

## THE USE OF DERMATOGLYPHICS METHODS IN CLINICAL PSYCHOLOGY

*Ermakov P.N., Titova I.I.*

Department of psychophysiology and clinical psychology  
Academy of Psychology and Pedagogy  
Southern federal university (Rostov-on-Don)

**Keywords:** dermatoglyphics markers, psychodermatoglyphics, clinical psychology.

### **Сведения об авторе:**

Титова Инна Игоревна, аспирант кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [ititova@sfedu.ru](mailto:ititova@sfedu.ru), [TINNA-777@yandex.ru](mailto:TINNA-777@yandex.ru).

## ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРЕВЕНЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

*Есенкова Н.Ю.*

Курский государственный медицинский университет (Курск)

**Введение.** Десятилетия фундаментальных и клинических исследований раскрыли генетические, молекулярные, нейрофизиологические, нейробиологические и другие механизмы депрессивных расстройств. Тем не менее депрессия остается весьма распространенным заболеванием с относительно ограниченным репертуаром психопрофилактических стратегий.

Наш исследовательский интерес направлен в большей степени на изучение донозологических форм депрессивных расстройств, точнее на выявление психологических факторов, обладающих психопрофилактическим потенциалом. В поле нашего исследования оказались депрессивные реакции. В нашем понимании депрессивные реакции относятся к формам психосоматического реагирования, субнозологическим нарушениями, которые носят временный и парциальный характер. Нам представляется допустимым рассматривать их в рамках диатез-стресс буферной модели и концепции адаптационного барьера личности, предложенной Ю.А. Александровским. В качестве протективных факторов мы рассматривали самоотношение, самоэффективность, настойчивость, восприятие социальной поддержки. Мы предполагаем, что особенности взаимосвязи самоотношения с восприятием социальной поддержки, настойчивостью, самоэффективностью препятствуют развитию депрессивных реакций.

**Материалы и методы.** Анкетирование, многомерный опросник исследования самоотношения (С.Р. Пантелеев), тест «Жизнеспособность взрослого человека» (А.В. Махнач), опросник депрессивных состояний (ОДС), Опросник социальной поддержки F-SOZU-22 (G. Sommer, T. Fydrich, 1989, адаптация А.Б. Холмогоровой, 2006).

Общий объем выборки составил 60 человека (25 мужчин, 35 женщин). Средний возраст испытуемых составил 23 года (20-25 лет). В экспериментальную группу вошли респонденты, проявляющие депрессивные реакции, – 37 человек.

**Результаты.** Как известно, в самоотношении находят отражение все возможные аспекты измерений отношения индивида к себе как личности. Анализ структуры самоотношения у лиц с депрессивными реакциями выявляет доминирование компонента «Самообвинение». Он и определяет общий уровень итогового самоотношения, который обуславливает преобладание преимущественно негативного тона отношения к себе с наличием устойчивых аффективных комплексов, сомнений в ценности собственной личности, тревожного аффективного тона и повышенной рефлексии, порой болезненного внимания к внутренним переживаниям. Отметим, что сохраняется адекватный образ «Я», отсутствует стремление повысить позитивный эмоциональный тон отношения к себе путем вытеснения.

В группах сравнения показатели самоэффективности значимо ниже у испытуемых с депрессивными расстройствами ( $p\text{-level}=0,001$ ). Следовательно, опыт длительных неудач, переживание субъектом неподконтрольности существенно подрывают веру в способность индивида мобилизовать мотивацию, когнитивные ресурсы и действия для оказания влияния на то или иное событие.

Основополагающее значение настойчивости, которая состоит в способности продолжать делать начатое и продвигаться вперед в выбранном направлении, значимо ниже у испытуемых с депрессивными реакциями ( $p\text{-level}=0,001$ ). В сравнении со здоровыми испытуемыми они испытывают трудности в осваивании новых, необходимых для ситуации навыков,

в меньшей мере способны разрабатывать новые цели, планы за счет процесса когнитивной оценки, переоценки и эмоциональной переработки информации.

Лица, склонные к депрессивным реакциям, обнаруживают необходимость в ощущении безопасности и стабильности в социальных отношениях, в практической поддержке, в переживании позитивного чувства близости, доверия и общности.

У лиц, проявляющих депрессивные реакции, выявлены положительные корреляции между параметрами социальной поддержки и компонентами самооотношения. Внутренняя конфликтность и индикаторы отсутствия симпатии к собственному «Я» обнаруживают отрицательные корреляции с компонентами социальной поддержки, такими как «Инструментальная поддержка», «Социальная интеграция».

**Заключение.** Самоотношение лиц с депрессивными реакциями характеризуется конфликтностью, преобладанием преимущественно негативного отношения к себе с наличием устойчивых аффективных комплексов, сопровождаемых тревожностью и повышенной рефлексией. У лиц, проявляющих депрессивные реакции значимо ниже показатели самоэффективности, настойчивости, восприятия социальной поддержки. Результаты настоящего исследования могут быть использованы в создании психопрофилактической программы, направленной на формирование позитивного самооотношения и активизацию протективных факторов.

**Ключевые слова:** депрессивная реакция, самооотношение, самоэффективность, настойчивость, социальная поддержка.

## THE IMPACT OF PERSONALITY CHARACTERISTICS IN PREVENTING DEPRESSIVE DISTURBANCES

*Esenkova N. Yu.*

Kursk State Medical University (Kursk)

**Keywords:** depressive disturbances, self-concept, self-efficacy, perseverance, social support.

### **Сведения об авторе:**

Есенкова Наталья Юрьевна, доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета (Курск), [esenkovanj@yandex.ru](mailto:esenkovanj@yandex.ru).

## СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

*Идрисов К.А., Кутаева А.С.*

Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова,

Чеченский государственный педагогический университет,

Республиканский психоневрологический диспансер (Грозный),

Психиатрическая больница № 2

**Введение.** Психопатологические реакции представляют собой различные формы психических расстройств, возникающих в ответ на стрессовые или травматические события (Буллман Дж.). Длительные чрезвычайные ситуации (ЧС) оказывают значительное влияние

на психическое здоровье населения. Население Чеченской Республики (ЧР) на протяжении многих лет подвергалось воздействию экстремальной действительности, что могло привести на отдаленном этапе развитию различных психопатологических состояний (Н.В. Тарабрина, И.С. Хажуев).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие жители ЧР. Общая выборка состояла из 465 человек (93 мужчин и 373 женщин). Для выявления возрастной специфики развития психопатологических симптомов сформированы выборки респондентов возрастных категорий: 18-30 лет ( $n=28$ ), 31-40 лет ( $n=164$ ), 41-50 лет ( $n=112$ ), 51-60 лет ( $n=103$ ) и 61-70 лет ( $n=52$ ). Большинство обследованных являются жертвами психотравмирующих событий.

Цель исследования – изучить половозрастную специфику проявления психопатологических симптомов и их сопряженности с признаками посттравматического стресса (ПТС).

Методики исследования: ШОВТС (Н.В. Тарабрина); SCL-90-R; клинко-демографическая карта психоневрологического диспансера ЧР.

Для статистической обработки данных использовали: частотный анализ, критерий хи-квадрат Пирсона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Фридмана.

**Результаты.** Анализ параметров выраженности психопатологических симптомов показал, что у обследованных наиболее выражены показатели соматизации, навязчивости и депрессии. При этом менее выраженными оказались показатели психотизма, фобии и враждебности (сензитивность, тревожность и депрессия как психопатологические реакции имеют промежуточные ранговые значения) ( $\chi^2=1058,708$ ;  $p=0,000$ ).

Анализ выраженности психопатологических симптомов в зависимости от гендерной принадлежности обследованных указывает, что женщины более подвержены развитию соматизации, сензитивности, депрессии, тревожности и паранойяльности. Тогда как мужчины демонстрируют более высокие значения по шкалам навязчивость, враждебность, фобия и психотизм. Однако выявленные средние значения не обладают статистической значимостью ( $p \geq 0,05$ ).

Значимые различия в показателях выраженности психопатологических симптомов были выявлены в зависимости от возрастных показателей респондентов по отдельным шкалам методики SCL-90-R. Симптомы соматизации более выражены у респондентов, имеющих возраст 51-70 лет, а наиболее низкие значения по данной шкале выявлены у обследованных, имеющих возраст 18-30 лет ( $p \leq 0,05$ ).

Признаки навязчивости оказались более выраженными у респондентов с возрастным периодом 51-60 лет, при этом у лиц, имеющих возраст 61-70 лет, отмечено снижение показателей по навязчивости. Низкие значения по шкале навязчивости выявлены у респондентов 41-50 лет ( $p \leq 0,05$ ).

По шкале сензитивность высокие показатели имеют респонденты в возрасте 31-40 лет, а наиболее низкие значения отмечены у лиц, достигших возраста 61-70 лет. Признаки тревожности оказались более выраженными у респондентов, достигших возраста от 51 до 60 лет, тогда как лица в возрасте 41-50 лет демонстрируют более низкие значения (как и респонденты в возрасте 18-30 лет). Значимые различия были также выявлены по шкале фобии, значения которой оказались более выраженными у респондентов, имеющих возраст 31-40 лет, а низкие значения – у респондентов в возрасте 41-50 лет ( $p \leq 0,05$ ).

Также были выявлены сильные и значимые корреляционные связи между параметрами ПТС и психопатологическими симптомами. Установлено, что индекс травматического стресс-

са имеет положительную корреляционную связь с такими психопатологическими симптомами, как соматизация ( $r=0,395$ ;  $p=0,000$ ), навязчивость ( $r=0,475$ ;  $p=0,000$ ), сензитивность ( $r=0,411$ ;  $p=0,000$ ), депрессия ( $r=0,476$ ;  $p=0,000$ ), тревожность ( $r=0,489$ ;  $p=0,000$ ), враждебность ( $r=0,427$ ;  $p=0,000$ ), фобия ( $r=0,446$ ;  $p=0,000$ ), паранояльность ( $r=0,369$ ;  $p=0,000$ ) и психотизм ( $r=0,453$ ;  $p=0,000$ ). Наиболее высокий уровень выраженности всех психопатологических симптомов отличался при повышенном уровне выраженности ПТС. Причем низкие значения по большинству указанных психопатологических реакций отмечались у респондентов, имеющих низкий уровень выраженности ПТС, за исключением враждебности и психотизма, по которым высокие значения имели респонденты с высоким уровнем выраженности ПТС.

**Заключение.** Результаты исследования указывают, что психопатологические реакции могут варьировать в зависимости от возрастных особенностей людей. В частности, у респондентов старшего возраста (51-70 лет) чаще наблюдаются выраженные симптомы соматизации и тревожности, что может быть связано с усилением физической уязвимости и возрастными изменениями. Молодые респонденты (18-30 лет) демонстрируют более низкие уровни соматизации и тревожности, но у них могут проявляться другие формы психопатологической реакции.

Сильные и значимые корреляции между индексом ПТС и различными психопатологическими симптомами указывают на тесную связь между переживаниями травматического опыта и развитием широкого спектра психических нарушений. Выявленные связи указывают на то, что высокий уровень ПТС ассоциирован с тенденцией повышения уровня тревожности, депрессии, навязчивых состояний, агрессивности и т. д.

**Ключевые слова:** возраст, пол, психопатологические симптомы, травматический стресс.

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФ, проект № 24-28-20482.

## SPECIFICS OF PSYCHOPATHOLOGICAL REACTIONS AMONG THE POPULATION OF THE CHECHEN REPUBLIC IN THE REMOTE PHASE OF A PROLONGED EMERGENCY

*Idrisov K.A., Kitaeva A.S.*

Kadyrov Chechen State University, Chechen State Pedagogical University,  
Republican Psychoneurological Dispensary (Grozny)  
Psychiatric Hospital No. 2 (Grozny)

**Keywords:** age, gender, psychopathological symptoms, traumatic stress.

### Сведения об авторах:

Кюри Арбиевич Идрисов, заслуженный врач Чеченской Республики, доктор медицинских наук, профессор Чеченского государственного университета имени А.А. Кадырова, профессор Чеченского государственного педагогического университета, (Грозный), [kyuri.idrisov@yandex.ru](mailto:kyuri.idrisov@yandex.ru).

Китаева Асет Саламуновна, психолог координационного центра по противодействию идеологии терроризма и экстремизма ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет», клинический психолог ГБУ «Психиатрической больницы № 2» (Грозный), [kitaeva\\_sdo@mail.ru](mailto:kitaeva_sdo@mail.ru).

## ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА В РАБОТЕ С ЛИЦАМИ, СТРАДАЮЩИМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*Колеватова А.С.*

Курский государственный медицинский университет (Курск)

**Введение.** Чрезмерное употребление алкоголя в течение длительного времени неизбежно приводит к развитию алкогольной зависимости. Это хроническое заболевание, которое характеризуется сильным тяготением к алкоголю, симптомами абстиненции при прекращении употребления, стойкими повреждениями, затрагивающими все системы организма. В России за 2022 год взято под наблюдение 54,2 тысячи пациентов с установленным впервые диагнозом.

Важно повышать осведомленность об этом заболевании, оказывать поддержку людям, страдающим зависимостью, и разрабатывать эффективные меры профилактики и лечения, ресоциализации и реабилитации, что входит в основной перечень задач клинического психолога в реабилитационном отделении наркологического профиля.

**Теоретическое обоснование.** В структуре профессионально важных качеств клинического психолога выделяют профессиональную компетентность, значимые психофизиологические свойства и профессионально личностные значимые качества, на которых мы подробнее остановимся ниже.

Ключевыми личностными качествами, по мнению Р. Кочюнас, являются аутентичность, самопознание, сила личности и идентичность, а также толерантность к неопределенности. Важно отметить, что эти качества являются синтетическими и охватывают разные сферы человека, такие как ценностная, поведенческая и когнитивная.

Л.Б. Шнейдер считает, что для клинических психологов, занимающихся психодиагностикой и психокоррекционной работой, важны высокий вербальный интеллект, развитые коммуникативные способности, эмпатия, интуиция, высокий уровень индивидуализма и поисковой активности.

Эмпатия является одним из ключевых качеств, которыми должен обладать медицинский психолог, работающий с алкозависимыми. Эти люди часто имеют сложный жизненный опыт, накопленный багаж психологических травм и, по словам представителей психоаналитического направления, определенные дефициты во взаимодействии с родителями. Именно поэтому недостаток включенности психолога в жизнь пациентов может стать препятствием для установления терапевтического контакта. Однако эмпатия не ограничивается только пониманием. Важно также уметь выразить свое сочувствие и поддержку пациенту.

Для успешной работы необходима и личностная устойчивость клинического психолога, чтобы быть опорой для своих пациентов и не реагировать на импульсивные эмоциональные и поведенческие всплески.

Конгруэнтность играет важную роль во взаимодействии психолога и клиента в процессе реабилитации. Она тесно связана с искренностью и открытостью, когда то, что происходит внутри человека, соответствует тому, что он показывает внешнему миру, то есть его реальное "Я" согласуется с его представлением о себе. Конгруэнтность способствует установлению глубокой связи между специалистом и пациентом, что повышает эффективность процесса реабилитации.

В начале процесса реабилитации пациенты часто проявляют инфантильное поведение и дезинтеграцию. В таких случаях директивный стиль взаимодействия может быть наиболее эффективным подходом. Пациентам нужны ясные указания и направление, чтобы помочь им осознать свое состояние и начать процесс выздоровления. Однако, по мере того как патологические особенности характера пациента уменьшаются, становится возможным использовать более коллаборативный стиль взаимодействия. В таких случаях специалист может работать с пациентом на равных, учитывая его мнение и вовлекая его в процесс принятия решений. Это помогает пациенту почувствовать себя более уверенно и контролирующим свою жизнь. Важно отметить, что специалист должен быть гибким и уметь переключаться между различными поведенческими стратегиями в зависимости от изменяющихся условий.

**Заключение.** Личностные качества специалиста играют важную роль в психотерапевтической работе. Качество контакта и терапевтических отношений существенно зависит от индивидуальных качеств психолога. Пациенты, проходящие реабилитацию, проводят с ними много времени в интенсивном контакте. Поэтому характер контакта и личность специалиста являются важными терапевтическими факторами. Эмпатия, внимательность, терпение, коммуникативные навыки, гибкость и адаптивность – все эти качества способствуют созданию эффективного контакта и качественным терапевтическим отношениям, что является основой успешной психореабилитации.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, особенности личности, клинический психолог, профессиональная компетентность, эмпатия.

## PERSONAL FEATURES OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST IN WORKING WITH PERSONS SUFFERING WITH ALCOHOL DEPENDENCE

*Kolevatova A.S.*

Kursk State Medical University (Kursk)

**Keywords:** alcohol dependence, personality traits, remission, clinical psychologist, rehabilitation.

### **Сведения об авторе:**

Колеватова Анна Сергеевна, аспирант кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного медицинского университета (Курск), [Emelianova2015@mail.ru](mailto:Emelianova2015@mail.ru)

## АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ПОДРОСТКОВ: КОРРЕЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Крохин И.П., Колтаков Я.В.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва),

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

Управления делами Президента Российской Федерации (Москва),

НОЧУ ВО «Международный университет психолого-педагогических инноваций» (Москва),

МРО ОО «Российское общество психиатров» (Москва),

НКО «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья» (Москва)

**Введение.** Распространённость алкоголизации среди подростков в России по-прежнему внушает опасения – 1,3 чел. на 100 тыс. населения в возрасте 15-17 лет по синдрому зависи-

мости от алкоголя и алкогольным психозам F10.2 и F10.5 по МКБ-10 (1990, редакция 2024 года); 118,4 чел. – по употреблению с вредными последствиями F10.4 (*Там же*) (см. в *Здравоохранение в России, 2023*). Среди причин ряд авторов указывают на личностные факторы (см. в *Личко А.Е., Битенский В.Е., 1991; Локтева А.В., 2012; Сирота Н.А. и др., 2003*).

Цель исследования: проанализировать корреляционные связи между личностными особенностями и алкоголизацией у подростков.

**Материалы и методы.** Материалами послужили результаты психодиагностического обследования 280 юношей и 120 девушек в возрасте 15-17 лет, учащихся 9-11 классов средних общеобразовательных школ и 1-2 курсов средних специальных учебных заведений г. Москвы и Московской области. Метод исследования – непараметрический корреляционно-факторный анализ психодиагностического обследования вышеуказанных подростков следующими методиками: авторская анкета выраженности алкоголизации И.П. Крохина (1992); «14PF/HSPQ» Р.Б. Кеттелла (1970) в адаптации А.А. Рукавишниковой и М.В. Соколовой (1995); «Патохарактерологический диагностический опросник» А.Е. Личко (1970); «Методика изучения ценностных ориентаций» М. Рокича (1973) в адаптации Д.А. Леонтьева (1992); опросник «Уровень (локус) субъективного контроля» (RLCS, 1966) Дж. Роттера в адаптации Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкиной и А.М. Эткинды (УСК, 1984); тест-опросник самоотношения (МИС/ОСО, В.В. Столин, С.Р. Пантилеев, 1987/89/91). Использовались непараметрические коэффициенты  $\rho$  Спирмена и  $\lambda$  Уилкса в пакете программ статистической обработки IBM SPSS Statistics 27.0.1 ©. Значимость корреляционных связей определялась при достижении уровня  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В ходе эмпирического исследования было установлено следующее. 1). Личностные особенности подростков опосредованно влияют на развитие алкоголизации, способствуя как нарушению, так и развитию связей с определенной (позитивной или негативной) социальной средой, где происходит формирование мотивов употребления алкоголя. 2). Эти особенности тесно связаны друг с другом и образуют иерархическую систему, важнейшим элементом которой является высокий уровень напряженности потребностных состояний. Подростки с низким уровнем алкоголизации обладают развитой системой личностных особенностей, сдерживающих развитие данного процесса. 3). Анализ особенностей процесса алкоголизации у подростков показал, что частота употребления спиртных напитков является интегративным показателем уровня развития этого процесса: выделены низкий, умеренный и высокий уровни алкоголизации подростков. 4). Обнаруженные в ходе исследования изменения в структуре самосознания подростков с высоким уровнем алкоголизации, выражающиеся в снижении его общей активности и защитных функций, способствуют упрощению включенных в самосознание структур индивидуального сознания (ценностно-смысловая сфера), что является ключевым моментом, обуславливающим формирование неспецифического комплекса личностных факторов алкоголизации.

**Заключение.** На основе полученных результатов выделены личностные факторы риска и сдерживания процесса алкоголизации, что может иметь прикладное значение при организации превентивных мероприятий.

**Ключевые слова:** алкоголизация, личностные особенности, подростки.

## ALCOHOL ABUSE AND PERSONALITY TRAITS IN ADOLESCENTS: CORRELATION RESEARCH

*Krohin I.P., Kolpakov Ya.V.*

Russian University of Medicine (Moscow),  
Central State Medical Academy of the Office of the President of the Russian Federation (Moscow),  
International University of Psychological and Pedagogical Innovations (Moscow),  
Russian Society of Psychiatry (Moscow), The Union of Mental Health Professionals (Moscow)

**Keywords:** adolescents, alcohol abuse, personality traits.

### **Сведения об авторах:**

Крохин Игорь Павлович, канд. психол. наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии Факультета клинической психологии Научно-образовательного института клинической медицины им. Н.А. Семашко ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, доцент кафедры физической и реабилитационной медицины с курсом клинической психологии и педагогики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации (Москва), [migarik@mail.ru](mailto:migarik@mail.ru).

Колпаков Ярослав Витальевич, канд. психол. наук, доцент кафедры клинического психологии Института клинической психологии НОЧУ ВО «Международный университет психолого-педагогических инноваций», член МРО ОО «Российское общество психиатров» и НКО «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья» (Москва), [kolpakov\\_jv@mail.ru](mailto:kolpakov_jv@mail.ru).

## ВОСПРИЯТИЕ ЖЕНЩИНАМИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ И СТРАТЕГИИ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ

*Крюкова Л.В., Сирота Н.А., Ялтонский В.М.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва)

**Введение.** Распространенность зависимости от алкоголя у женщин имеет тенденцию к росту, что подтверждается социологическими исследованиями. При этом эффективность психотерапевтических методов помощи невысокая. Это положение требует изучения их восприятия болезни. Мы предполагаем, что когнитивная оценка хронической болезни влияет на дифференцированное восприятие женщинами, зависимыми от алкоголя, в зависимости от уровня представлений о болезни как угрозы для жизни.

**Материалы и методы.** «Краткий опросник восприятия болезни», опросник «Жизнь с хронической болезнью», методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями, шкала госпитальной тревоги и депрессии.

**Результаты.** Общая выборка женщин (n=70), зависимых от алкоголя, была разделена на две группы на основе показателя шкалы «Общее восприятие болезни как угрозы»: 1-я – пациентки, воспринимающие свое заболевание как умеренную угрозу (УВУ (Me=36,97)) (n=35); 2-я – пациентки, воспринимающие свое заболевание как выраженную угрозу (ВВУ (Me=58,91)) (n=35). Пациентки с УВУ расценивают последствия своего заболевания как менее тяжелые, течение болезни менее продолжительным, более внимательны к своему заболева-

нию, лучше контролируют лечение, хуже идентифицируют заболевание, менее озабочены своим заболеванием и слабее эмоционально реагируют на него, склонны к использованию позитивных стратегий совладания. Пациентки с ВВУ достоверно значимо склонны к использованию негативных стратегий совладания с болезнью, к самокритике, переживанию чувства вины и неудовлетворённости собой, также им характерна субклинически выраженная тревога.

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что психологам при работе с этой группой пациентов следует стремиться к умеренному восприятию угрозы болезни, так как эта группа пациентов менее эмоционально возбуждена, достоверно склонна к позитивным стратегиям совладания с хронической болезнью.

**Ключевые слова:** восприятие болезни, совладающее поведение, зависимость от алкоголя, женщины.

## WOMEN'S PERCEPTION OF ALCOHOL ADDICTION AND STRATEGIES FOR OVERCOMING IT

*Kryukova L.V., Sirota N.A., Yaltonsky V.M.*

Russian University of Medicine (Moscow)

**Keywords:** Perception of illness, coping behavior, dependence on alcohol, women.

### Сведения об авторах:

Крюкова Лидия Владимировна, клинический психолог (Москва), [zaicova01@mail.ru](mailto:zaicova01@mail.ru).

Сирота Наталья Александровна, заведующий кафедрой клинической психологии, доктор медицинских наук, профессор (Москва), [sirotan@mail.ru](mailto:sirotan@mail.ru).

Ялтонский Владимир Михайлович, профессор кафедры клинической психологии, доктор медицинских наук, профессор (Москва), [yaltonsky@mail.ru](mailto:yaltonsky@mail.ru).

## ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ЛИЦ С ДЕВИАНТНЫМИ ФОРМАМИ ПОВЕДЕНИЯ

*Марченко Л.О., Левич С.Н., Юсупов В.В.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Высокий уровень суицида является серьезной проблемой общества. Наибольший суицидальный «пик» отмечается в возрасте 15-25 лет, причем лица до 20 лет имеют более высокий уровень суицидального риска, чем лица старше 20 лет.

Суицидальное поведение при биологическом подходе связано с физической и душевной патологией, при социологическом подходе – это следствие отчуждения человека от его социальной группы или общественного кризиса, при психологическом подходе рассматривается в основном как аутоагрессия, проявляемая по разным причинам. При формировании суицидального поведения и осуществления суицидальных мыслей проявляется степень вероятности возникновения суицидального риска.

Цель исследования – апробация комплекса методов для оценки суицидального риска у лиц с девиантными формами поведения.

Для оценки суицидального риска у лиц с девиантными формами поведения проводилось психофизиологическое обследование, включающее в себя следующие методики: «Модуль», предназначенная для оценки нервно-психической устойчивости; «Девиантность», используемая для выявления лиц, склонных к девиантному и аддиктивному поведению; «Светофор», направленная для диагностики психофизиологического состояния, отражающего уровни функционирования психомоторики, на оценку сложной зрительно-моторной реакции и реакции на движущийся объект; «Выбор», предназначенная для экспресс-оценки склонности (признаков) суицидального поведения. В основу методики «Выбор» положены исследования психофизиологических функций, свидетельствующие о том, что, если у человека есть признаки зависимого или суицидального поведения (мысли, действия, готовность), то вербальные стимулы (предложения), имеющие отношение к этой зависимости или готовности, носят эмоционально-значимый характер и непроизвольно привлекают его внимание, что приводит к более длительному времени анализа этих предложений и увеличению времени реакции на звуковой сигнал, чем при работе с нейтральными или низкими по личностной значимости предложениями.

**Материалы и методы.** Результаты методик проверялись на студентах в возрасте 19-21 год и пациентах психиатрического отделения клиники в возрасте 17-21 год, у которых в анамнезе присутствовали признаки нервно-психической неустойчивости и девиантного поведения.

Для анализа были выделены две группы: 1 группа (без признаков суицидального поведения,  $n=21$ ) и 2 группа (с признаками суицидального поведения,  $n=20$ ).

**Результаты.** В процессе исследования выявлены статистически достоверные различия по Т-критерию Стьюдента между данными группами. Представители группы без признаков суицидального поведения имеют статистически значимые различия по показателям методики «Выбор»: низкие значения по времени выбора нейтральных предложений (самооценка  $(3002,38 \pm 1487,39)$ , отношение к жизни  $(2214,62 \pm 1322,3)$ , отношение к противоположному полу  $(2385,71 \pm 1725,31)$ , отношение к наркотикам  $(2055 \pm 1057,63)$ , отношение к алкоголю  $(2222,29 \pm 1188,48)$ ), более низкий уровень соотношения зависимого к независимому сигналу (самооценка  $0,67 \pm 0,48$ ; отношение к жизни  $0,65 \pm 0,46$ ) по отношению к группе с суицидальным риском (самооценка  $4553,1 \pm 1806,45$ ,  $3,1 \pm 2,95$ ,  $1,04 \pm 0,32$ ; отношение к жизни  $4543 \pm 1846,29$ ,  $4,55 \pm 4,33$ ,  $1,0 \pm 0,59$ ; отношение к противоположному полу  $4762,2 \pm 2143$ ,  $1,1 \pm 0,32$ ; отношение к наркотикам  $3880,05 \pm 1530,75$ ,  $1,25 \pm 0,39$ ; отношение к алкоголю  $3878,25 \pm 1235,35$ ,  $3,65 \pm 2,62$  соответственно). В группе с суицидальным риском выявлены более высокие показатели отношений зависимого к независимому сигналу в блоках: отношения к противоположному полу  $(1,83 \pm 1,52)$  и к наркотикам  $(1,87 \pm 1,29)$  по сравнению с группой без признака суицидального риска  $(1,1 \pm 0,32$  и  $1,25 \pm 0,39$  соответственно).

В группе с признаками суицидального поведения выявлены более высокие показатели по количеству недолетов методики «Светофор»  $(12,2 \pm 5,52$  при  $p < 0,05$ ) и наибольшее расстояние по недолетам  $(383,85 \pm 611,48$  при  $p < 0,05$ ) по сравнению с группой без наличия суицидального риска  $(6,64 \pm 3,67$  и  $65,27 \pm 6,6$  соответственно), что отражает склонность к поспешности и указывает на степень сенсорного возбуждения.

В группе с признаками суицидального поведения выявлены более высокие показатели по шкалам гетероагрессивность  $(12,9 \pm 7,09)$  и болезненность  $(42,65 \pm 23,58)$  методики «Девиация» по сравнению с группой, у которой отсутствует суицидальный риск  $(8,43 \pm 6,34,$

25,19±25,02 соответственно), что отражает уровень агрессии, направленной на внешний объект, сопровождающейся агрессивными эмоциями (злобой, ненавистью, яростью), из-за трудностей с регулированием своих эмоций и умением сдерживать свои сильные эмоциональные реакции. Кроме этого, в данной группе более высокий уровень показателей по шкалам методики «Модуль»: нервно-психическая устойчивость (255,65±136,19), аффективные (45,1±26,01) и тревожно-фобические расстройства (69,25±39,32) по сравнению с группой без суицидального риска (160,27±159,73; 25,68±27,62 и 40,18±39,04 соответственно), что отражает низкий уровень нервно-психической устойчивости, пониженное настроение, дефицит внутренней энергии, избегание радостных событий жизни.

**Заключение.** Следовательно, для лиц с суицидальной склонностью наибольшее значение имеют вербальные стимулы, направленные на самооценку, на отношение к жизни и алкоголю, высокий уровень недолетов, что отражает их склонность к поспешности, на степень сенсорного возбуждения, наличие таких девиантностей, как гетероагрессивность и болезненность, сниженный уровень нервно-психической устойчивости, наличие аффективных и тревожно-фобических расстройств.

**Ключевые слова:** суицидальный риск, девиантное поведение, самоубийство, поведение.

## ASSESSMENT OF SUICIDAL RISK IN PERSONS WITH DEVIANT BEHAVIORS

*Marchenko L.O., Levich S.N., Yusupov V.V.*

First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlova (St. Petersburg)

**Keywords:** suicidal risk, deviant behavior, suicide, behavior.

### **Сведения об авторах:**

Юсупов Владислав Викторович, доктор медицинских наук, профессор, начальник лаборатории академической успешности и дальнейшей профессиональной деятельности Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

Марченко Лариса Олеговна, научный сотрудник лаборатории академической успешности и дальнейшей профессиональной деятельности Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, [marchenlara@mail.ru](mailto:marchenlara@mail.ru).

Левич Светлана Николаевна, научный сотрудник лаборатории академической успешности и дальнейшей профессиональной деятельности Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, [leviswet@mail.ru](mailto:leviswet@mail.ru).

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ЛИЦ, ЗАДЕРЖАННЫХ С ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ ПРИ УПРАВЛЕНИИ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ

*Новохацки А.В., Беребин М.А., Изаровский Б.В.*

ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница»,  
ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)» (Челябинск)

**Введение.** Рискованное поведение в состоянии алкогольного опьянения является одним из наиболее опасных с точки зрения вероятных последствий социальным явлением. Своевре-

менная оценка рискованного поведения в отношении употребления алкоголя среди водителей, а также оценка склонности к рискованному поведению в целом на основе комплексного подхода с применением клиничко-психологических методов могут способствовать разработке эффективных программ предупреждения правонарушений в сфере дорожного движения.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница». Выборку исследования составили 966 чел., направленных на дополнительное обследование к медицинскому психологу, в т. ч. лица, задержанные с признаками состояния опьянения при управлении транспортным средством (733 чел.), и лица, совершившие правонарушения в сфере дорожного движения в состоянии алкогольного опьянения и лишенные права управления транспортным средством (233 чел.). Методы исследования включали «The Alcohol Use Disorders Identification Test (RUS-AUDIT)» J.V. Saunders et al.; «Индивидуально-типологический опросник (ИТО)» Л.Н. Собчик.

**Результаты.** В рамках скрининг-исследования с помощью RUS-AUDIT установлено наличие признаков рискованного поведения в отношении потребления алкоголя за последние 12 мес. перед обследованием у 233 (27 %) чел., при этом у 111 из них диагностированы признаки пагубного употребления или признаки зависимости от алкоголя. В целом в группе испытуемых употребление алкоголя происходит от 1 до 4 раз в месяц – 728 (75,3 %) чел. В привычный день выпивки объем потребляемого алкоголя превышает 6 стандартных порций у 503 (52 %) чел. При этом только 145 (15 %) чел. как минимум единожды сожалели об употреблении алкоголя, и только 5 чел. в процессе интервьюирования отнеслись критично к совершенному правонарушению в состоянии опьянения. Остальные испытуемые выражали убежденность в безопасности вождения в состоянии опьянения.

Результаты исследования индивидуально-типологических особенностей отражают преобладание в структуре личности испытуемых спонтанно-стеничных свойств. Усредненный профиль характеризуется умеренным повышением показателей спонтанность (6,3), стеничность (6), ригидность (6,1) и экстраверсия (5,7) на фоне средних значений шкал сензитивность (3,5), эмотивность (4,3), интроверсии (3,3) и тревожности (3,4). Результаты отражают преобладание в структуре личности испытуемых импульсивности, стремления к лидерству, достаточно агрессивной манере самоутверждения в социуме на фоне высокой социальной активности. Данные особенности могут определять склонность к рискованному поведению, не носят дезадаптивного характера и компенсируются в трезвом состоянии умеренной тревожностью, которая формирует способность к объективной оценке ситуации и последствий своего поведения, в то время как состояние опьянения может снизить подобный контроль и повысить готовность к совершению противоправных деяний, в т.ч. небезопасного вождения.

**Заключение.** Выделенные особенности личности в виде повышенной импульсивности, агрессивности и ригидности, в сочетании с еженедельным приемом алкоголя в объеме более 6 стандартных порций и сниженным уровнем критической оценки характера потребления формируют предрасположенность к рискованному поведению при управлении транспортным средством. Результаты исследования могут быть использованы при проведении профилактического консультирования водителей и кандидатов в водители транспортных средств.

**Ключевые слова:** алкогольное опьянение, управление транспортным средством, рискованное поведение в состоянии опьянения, клиничко-психологическое исследование.

## CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PROFILE OF PERSONS DETAINED WITH SIGNS OF ALCOHOL INTOXICATION WHILE DRIVING A VEHICLE

*Novokhatcki A.V., Berebin M.A., Izarovsky B.V.*

Chelyabinsk Regional Clinical Narcological Hospital, South Ural State University (Chelyabinsk)

**Keywords:** alcohol intoxication, driving a vehicle, risky behavior while intoxicated, clinical and psychological research.

### Сведения об авторах:

Новохацки Анастасия Васильевна, медицинский психолог ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», старший преподаватель кафедры клинической психологии ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)» (Челябинск), [novokhatckiav@susu.ru](mailto:novokhatckiav@susu.ru).

Беребин Михаил Алексеевич, к.м.н., доцент кафедры клинической психологии ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (НИУ)» (Челябинск), [berebinma@susu.ru](mailto:berebinma@susu.ru).

Изаровский Борис Васильевич, к.м.н., главный врач ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница» (Челябинск), [glav@oknb74.ru](mailto:glav@oknb74.ru).

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ ЭМОЦИИ И ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

*Пилипенко А.С., Воробьева Т.В., Колпаков Я.В.*

ГБУ «Социальный дом «Москворечье» ДТиСЗН г. Москвы (Москва),  
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва),  
НОЧУ ВО «Международный университет психолого-педагогических инноваций» (Москва),  
МРО ОО «Российское общество психиатров» (Москва),  
НКО «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья» (Москва)

**Введение.** Алкогольные психозы в России, по данным официальной статистики, снижают свою долю среди всех психических расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголя за последние 5 лет (с 46,3 до 35,6 человек на 100 000 населения), однако представляют значительное социально-экономическое бремя для нашей страны (Здравоохранение в России, 2023).

Цель исследования – проанализировать корреляционные связи между тревожно-депрессивными эмоциями и защитно-совладающим поведением у мужчин, перенесших психотический эпизод вследствие злоупотребления алкоголем.

**Материалы и методы.** Материалами исследования были результаты психодиагностического обследования 25 пациентов мужского пола в возрасте 20-45 лет, проходивших стационарное лечение на базе ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева» ДЗ г. Москвы с диагнозами рубрик F10.0, F10.4, F10.5 по МКБ-10 (1990, редакция 2024 года). Методом исследования стал непараметрический корреляционный анализ психодиагностического обследования вышеуказанных пациентов следующими методиками: «Шкала дифференциальных эмоций» (Изард К., 1997; адаптация А.Б. Леоновой и соавт., 2003), «Индекс жизненного стиля» (Плутчик Р., Келлерман Х., Конте Х., 1979; адаптация Л.И. Вассермана и соавт., 2005), «Методика

для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» (Folkman S., Lazarus R.S., 1988; адаптация Л.И. Вассермана и соавт., 2009) с использованием непараметрического коэффициента  $\rho$  Спирмена в пакете программ статистической обработки IBM SPSS Statistics 27.0.1 ©. Значимость корреляционных связей определялась при достижении уровня  $p < 0,05$ .

**Результаты.** В ходе эмпирического исследования группы мужчин (средний возраст –  $34,0 \pm 11,6$  года) было установлено следующее. 1). Мужчины, перенесшие алкогольный психоз, имеют устойчивую тенденцию к тревожно-депрессивным переживаниям ( $19,80 \pm 3,94$  балла). 2). В системе механизмов психологической защиты личности мужчин, перенесших алкогольный психоз, преобладают носящая обвинительный характер «проекция» ( $81,68 \pm 4,21$  балла) и носящая оправдательный характер «рационализация» ( $86,28 \pm 3,85$  балла). 3). В структуре совладающего поведения мужчин, перенесших алкогольный психоз, ведущую роль играет конфронтативно-избегающий копинг-стиль (выражен на уровне 75 % от максимума).

**Заключение.** 1). На основании корреляционного анализа результатов эмпирического исследования, приведенных ранее, можно сделать вывод, что мужчины, перенесшие алкогольный психоз, испытывают выраженные клиничко-психологические аномалии эмоционального состояния с преобладанием тревоги и субдепрессивных состояний (см. в *Братусь Б.С., 1974*), психологическая защита от которых носит обвиняюще-оправдательный характер, приводящий к конфронтации и избеганию проблемной ситуации при совладании с ней (см. в *Исаева Е.Р., 2009*). 2). Выявленные особенности могут быть «мишенями» многовекторного клиничко-психологического и психотерапевтического консультирования мужчин, перенесших алкогольный психоз (см. в *Валентик Ю.В., Сурота Н.А., 2002*).

**Ключевые слова:** защитно-совладающее поведение, злоупотребление алкоголем, тревожно-депрессивные эмоции.

## ANXIETY-DEPRESSIVE EMOTIONS AND PROTECTIVE COPING BEHAVIOR IN MEN WHO HAVE SUFFERED A PSYCHOTIC EPISODE DUE TO ALCOHOL ABUSE

*Pilipenko A.S., Vorobyova T.V., Kolpakov Ya.V.*

Social shelter «Moskvorechie» (Moscow), Russian University of Medicine (Moscow),

International University of Psychological and Pedagogical Innovations (Moscow),

Russian Society of Psychiatry (Moscow), The Union of Mental Health Professionals (Moscow)

**Keywords:** alcohol abuse, anxiety-depressive emotions, protective coping behavior.

### Сведения об авторах:

Пилипенко Андрей Сергеевич, медицинский психолог социально-реабилитационного отделения ГБУ «Социальный дом «Москворечье» ДТиСЗН г. Москвы (Москва), [pilipenko\\_as@list.ru](mailto:pilipenko_as@list.ru).

Воробьева Татьяна Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии факультета клинической психологии Научно-образовательного института клинической медицины им. Н.А. Семашко ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва), [vortvic@mail.ru](mailto:vortvic@mail.ru).

Колпаков Ярослав Витальевич, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Института клинической психологии НОЧУ ВО «Международный

университет психолого-педагогических инноваций», член МРО ОО «Российское общество психиатров» и НКО «Союз специалистов в сфере охраны психического здоровья» (Москва), [kolpakov\\_jv@mail.ru](mailto:kolpakov_jv@mail.ru).

## **ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН С ДИАГНОЗОМ «ПАГУБНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИНОИДОВ»**

*Попова А.А., Сансанова Л.Б., Бубаев Б.А., Доржиева О.А.*

ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ (Улан-Удэ)

**Введение.** Проблема наркомании для населения является острой и социально значимой. От того, насколько будет достаточно исследовано данное заболевание, напрямую зависит дальнейшая работа всей наркологической службы. Копинг-стратегии являются неотъемлемой частью проявления личностных особенностей каждого человека. Разбираясь в каждом конкретном клиническом случае пациентов с пагубным употреблением каннабиноидов и определяя их отличительные признаки, специалист может выстроить определённую модель работы для эффективной профилактики и лечения.

**Материалы и методы.** Для проведения исследования особенностей копинг-стратегий использовалась методика для психологической диагностики индивидуальных копинг-стратегий (Тест Э. Хайма). Выборка исследования: 50 мужчин в возрасте 25-40 лет с диагнозом «Пагубное употребление каннабиноидов», состоящих на диспансерном наблюдении в ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ.

**Результаты.** Исходя из результатов исследования, нами выявлены высокие баллы по следующим шкалам. Когнитивные: «Проблемный анализ», «Придача смысла»; эмоциональный: «Оптимизм»; поведенческие: «Сотрудничество» и «Отвлечение». Отсутствуют копинг-стратегии: Эмоциональные: «Протест», «Эмоциональная разрядка», «Пассивная кооперация» и «Агрессивность»; поведенческие: «Компенсация». Таким образом, больший процент приходится на адаптивные и относительно адаптивные копинги. С нашей точки зрения, это может говорить о том, что у людей с пагубным употреблением каннабиноидов еще сохранены конструктивные способы поведения, в отличие от лиц с хроническим употреблением и диагнозом «Синдром зависимости от каннабиноидов».

**Заключение.** Проблема наркомании является мультидисциплинарной, необходимо понимать и разбираться в особенностях проявления данной болезни, а также в том, какие черты личности, характерологические особенности являются факторами, усугубляющими данное заболевание. Понимание особенностей копинг-стратегий поможет врачу психиатру-наркологу в связке с медицинским психологом разобраться в проблеме. В данном случае роль медицинского психолога заключается в том, чтобы обучить конструктивному поведению и сформировать адаптивные копинг-стратегии у пациента.

**Ключевые слова:** копинг-стратегии, наркомания, пагубное употребление каннабиноидов, личностные особенности.

## FEATURES OF COPING STRATEGIES OF MEN DIAGNOSED WITH HARMFUL CANNABINOID USE

*Popova A.A., Sansanova L.B., Bybaev B.A., Dorzhieva O.A.*

State Autonomous Healthcare Institution «Republican Narcological Dispensary»  
Ministry of Health of the Republic of Buryatia (Ulan-Ude)

**Keywords:** coping strategies, addiction, harmful use of cannabinoids, personality traits.

### Сведения об авторах:

Попова Анастасия Александровна, медицинский психолог второй квалификационной категории отдела профилактики ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ (Улан-Удэ), [profilaktika@rndbur.ru](mailto:profilaktika@rndbur.ru).

Сансанова Лариса Баировна, медицинский психолог высшей квалификационной категории, заведующий отделом профилактики, ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ (Улан-Удэ), [profilaktika@rndbur.ru](mailto:profilaktika@rndbur.ru).

Бубаев Борис Александрович, медицинский психолог первой квалификационной категории отдела профилактики, ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ (Улан-Удэ), [profilaktika@rndbur.ru](mailto:profilaktika@rndbur.ru).

Доржиева Ольга Андреевна, медицинский психолог второй квалификационной категории отдела профилактики, ГАУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ РБ (Улан-Удэ), [profilaktika@rndbur.ru](mailto:profilaktika@rndbur.ru).

## ДЕПРЕССИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ИММУНОФЕНОТИПАМИ

*Рощина И.Ф., Сафарова Т.П.*

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, МГППУ (Москва)

**Введение.** У пациентов с депрессиями позднего возраста достаточно часто наблюдается дефицит различных составляющих когнитивной сферы, который может быть связан с возрастными особенностями психической деятельности, а также быть следствием начальных проявлений сосудистой или нейродегенеративной патологии головного мозга (Nelson J.C., 2029). При депрессиях позднего возраста со снижением когнитивных функций наблюдается замедление терапевтического ответа, значительный риск лекарственных осложнений, тенденция к затягиванию депрессивных фаз и ухудшение качества ремиссий (Variend H. et al., 2008). Получены отдельные доказательства участия в патогенезе депрессий позднего возраста факторов дисрегуляции иммунной системы и системного воспаления. В настоящее время имеются убедительные доказательства, демонстрирующие связь между воспалением и развитием депрессии в позднем возрасте (Huang, X. et al., 2021).

**Цель.** Клинико-нейропсихологическая оценка когнитивных функций у больных позднего возраста с депрессивными расстройствами с различными иммунофенотипами.

**Материалы и методы.** Исследование является фрагментом научной тематики отдела гериатрической психиатрии (рук. – д.м.н. И.В. Колыхалов) совместно с лабораторией нейроиммунологии (рук. – проф. Т.П. Ключник) ФГБНУ НЦПЗ. Обследована когорта пациентов с депрессиями позднего возраста: 21 пациент с иммунофенотипом А, который характеризо-

вался повышенной активностью как ЛЭ, так и  $\alpha$ 1-ПИ, и 34 пациента с иммунодефицитом В с наиболее низкими показателями активности ЛЭ и  $\alpha$ 1-ПИ. Методы: 1) клинико-психопатологический, 2) нейропсихологическая оценка основана на результатах выполнения «Экспресс-методики оценки когнитивной сферы в позднем возрасте» (Корсакова Н.К. и др., 2009), 3) статистический.

**Результаты.** Сравнительная количественная оценка результатов нейропсихологического исследования с помощью «Экспресс-методики» показала значимые различия между 1-й (иммунофенотип А) и 2-й (иммунофенотип В) группами пациентов по общему баллу и 10 субшкалам методики. Значимые различия обнаружены при запоминании вербальных и зрительных стимулов по параметрам объема непосредственного и отсроченного запоминания, то есть эти компоненты мнестической деятельности оказались хуже у пациентов с иммунофенотипом В. Следует отметить, что и объем непосредственного запоминания по смыслу организованных стимулов у пациентов с иммунофенотипом В оказался значимо меньше. При этом у них наблюдалось больше ошибок по типу снижения избирательности при воспроизведении (побочные ассоциации). Понимание логико-грамматических конструкций языка и конструктивная деятельность значимо хуже были у пациентов с иммунофенотипом В, что свидетельствует о снижении у них пространственного анализа и синтеза. Значимые различия в динамической и регуляторной составляющей праксиса у пациентов с иммунофенотипом В указывают на недостаточность и снижение произвольного внимания и контроля в произвольных движениях. Снижение нейродинамических параметров психической активности у группы пациентов с иммунофенотипом В в виде латентности включения в деятельность, колебаний продуктивности, медленного темпа, истощаемости было значимо большим, чем у группы пациентов с иммунофенотипом А.

**Заключение.** Нейропсихологическое исследование показывает, что в когнитивной сфере у пациентов с иммунофенотипом В по сравнению с пациентами с иммунофенотипом А выступает более значимое сочетанное снижение нейродинамических параметров психической активности, кинетических и пространственных параметров праксиса, произвольного внимания, а также запоминания новых стимулов (снижение функций подкорковых, задне-лобных, теменно-височных и медиобазальных лобных структур мозга).

Полученные результаты показывают различия в когнитивной сфере у обследованных пациентов, а также необходимость динамического исследования уровня когнитивного функционирования у больных позднего возраста с разными клинико-психопатологическими и иммунологическими характеристиками. Результаты нейропсихологической диагностики (в том числе индивидуальные варианты дефицитов в нейропсихологическом статусе пациентов) следует учитывать при организации и проведении с такими больными индивидуальной и групповой когнитивной стимуляции (когнитивного тренинга).

**Ключевые слова:** депрессии позднего возраста, иммунофенотипы, клинико-нейропсихологическое исследование

## DEPRESSION IN LATE AGE: FEATURES OF THE COGNITIVE SPHERE IN PATIENTS WITH DIFFERENT IMMUNOPHENOTYPES

*Roshchina I.F., Safarova T.P.*

Mental Health Research Center, MSUPE (Moscow)

**Keywords:** late-life depression, immunophenotypes, clinical neuropsychological study.

### **Сведения об авторах:**

Рощина Ирина Федоровна, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития МГППУ (Москва), [ifroshchina@mail.ru](mailto:ifroshchina@mail.ru).

Сафарова Татьяна Петровна, кандидат медицинских наук, руководитель группы психозов позднего возраста отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ (Москва).

## РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ, РЕЖИМЫ И ВОСПРИЯТИЕ РОДИТЕЛЬСТВА ПОДРОСТКАМИ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Сирота Н.А., Шарифова А.А., Карчевская Е.А.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва)

**Введение.** Ведущей проблемой является качество жизни и условия воспитания подростков. Целью исследования являлось изучение связи ранних дезадаптивных схем, схем-режимов и стиля родительства у подростков с депрессивными, шизотипическими расстройствами и условно здоровых подростков. В ходе эмпирического исследования были использованы психодиагностические методики, направленные на изучение позитивных родительских схем, ранних дезадаптивных схем, режимов.

**Материалы и методы.** Диагностика ранних дезадаптивных схем Дж. Янга (адаптация Касьяник П.М., Романова Е.В. 2013); диагностика схема-режимов Дж. Янга (адаптация Касьяник П.М., Романова Е.В. 2013); опросник схем позитивного родительства (адаптация Ялтноская А.В., Марьясова Д.А., Миракян М.Р., Карякина Е.П., Видавска-Руснака Т.).

**Результаты.** Проведенное исследование выявило, что тема покинутости является общей у подростков с депрессивным и шизотипическим расстройством, при этом подростки с шизотипическим расстройством также выражено испытывают чувство дефективности, стыда и социальной отчужденности. Использование родителями всех позитивных родительских схем положительно влияет на минимизацию карающих паттернов у подростков с депрессивным расстройством. Гиперактивация позитивных родительских схем со стороны отца может активировать чувство привилегированности у условно здоровых подростков.

**Заключение.** Исследование ранних дезадаптивных схем, режимов показало взаимосвязь между их проявлением в психосоциальной парадигме, стилем родительства и критериями данных расстройств. Дальнейшие исследования необходимы для более полного изучения влияния родительских схем на схемы и режимы подростков с депрессивными и шизотипическими расстройствами, а также и условно здоровых подростков. Изучив их, мы можем модулировать негативные аффекты, минимизировать страдания, достигнуть высшего терапевтического эффекта в контексте взаимоотношений родителей и подростков.

**Ключевые слова:** ранние дезадаптивные схемы, режимы, восприятие родительства, шизотипическое расстройство, депрессивное расстройство.

## EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS, MODES, AND PERCEPTION OF PARENTHOOD IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOTYPAL AND DEPRESSIVE DISORDERS

*Sirota N.A., Sharifova A.A., Karchevskaya E.A.*

Russian University of Medicine (Moscow)

**Keywords:** early maladaptive schemes, modes, perception of parenthood, schizotypal disorder, depressive disorder.

### Сведения об авторах:

Сирота Наталья Александровна, д.м.н, профессор, [sirotan@mail.ru](mailto:sirotan@mail.ru).

Шарифова Алина Адилхановна, старший преподаватель, [alsharifova@yandex.ru](mailto:alsharifova@yandex.ru).

Карчевская Евгения Алексеевна, выпускница факультета клинической психологии, [simson.roberta@inbox.ru](mailto:simson.roberta@inbox.ru).

## КОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕСПОНДЕНТОВ С АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

*Скиртач И.А., Денисова Е. Г., Мартазанов А.Т.*

Академия психологии и педагогики Южного федерального университета,  
Донской государственный технический университет (Ростов-на-Дону)

**Введение.** Первые упоминания о когнитивных изменениях при биполярном аффективном расстройстве (БАР) можно найти в работах Э. Крепелина. Современные исследования также подтверждают, что проблемы с обработкой информации, вниманием, памятью и исполнительными функциями могут возникать как во время маниакальных или депрессивных эпизодов, так и в период эмоционального благополучия, но в более мягкой форме (Kurtz, Gerraty, 2009). Вопрос о когнитивных изменениях у пациентов с БАР долгое время оставался спорным, и их причины также вызвали дискуссии. Однако последние исследования подтверждают, что когнитивный дефицит является неотъемлемой частью болезни, а не следствием аффективного состояния или медикаментозной терапии (Tsitsipa, Fountoulakis, 2015). Когнитивные изменения могут сохраняться даже при отсутствии клинических симптомов, что может указывать на генетически обусловленный нейрокогнитивный эндофенотип (Bearden, Glahn, Monkul, 2006; Savitz, Solms, Ramesar, 2005). А. Бек утверждал, что основные трудности у пациентов с депрессией связаны с тем, как они конструируют собственную реальность, проблема находится в способе их неадаптивного мышления. Работа с когнитивной составляющей пациента с аффективной симптоматикой значима в достижении основной терапевтической цели – восстановление или улучшение качества социальной жизни и психологического благополучия человека, в том числе повышение стабильности состояния в период ремиссии.

Цель исследования: изучить различия показателей рефлексивности, осознанности и толерантности к неопределенности у респондентов с различными расстройствами аффективного спектра в отличие от лиц без признаков аффективной симптоматики.

**Материалы и методы.** Объект: 90 человек: 30 – с симптоматикой депрессии, 30 – с симптомами биполярного аффективного расстройства, 30 – не имеющие аффективной симптоматики (контрольная группа).

Предмет: уровень рефлексивности, осознанности, толерантности к неопределенности.

Гипотезы исследования: показатели рефлексивности, осознанности, толерантности к неопределенности могут различаться у группы лиц без аффективной симптоматики и респондентов с аффективной симптоматикой.

Методики исследования: методика диагностики уровня развития рефлексивности А.В. Карпова, «Пятифакторный опросник осознанности», шкала толерантности к неопределённости МакЛейна.

**Результаты.** Статистически значимые различия были выявлены при помощи t-критерия Стьюдента. Согласно полученным результатам, респонденты из группы «Депрессия» достоверно отличаются по выраженности показателя рефлексивности (в пользу большей ее выраженности) от контрольной группы ( $t=2,25$ ,  $p\leq 0,05$ ), при этом с экспериментальной группой «БАР» различий не обнаружено. Выявлены значимые различия в показателе «отношение к сложным задачам» между респондентами «БАР» и контрольной группой ( $t= -2,18$ ,  $p\leq 0,05$ ), с группой «Депрессия» различий не обнаружено. По результатам исследования обнаружен достоверно более высокий показатель отношения к неопределённым ситуациям у представителей контрольной группы, чем у респондентов с биполярной симптоматикой ( $t=3,54$ ,  $p\leq 0,05$ ).

Данные анализа результатов пятифакторного опросника осознанности свидетельствуют о наличии значимых различий между группой «БАР» и контрольной группой в таких компонентах, как «описание» ( $t= -2,1$ ,  $p\leq 0,05$ ), «осознанность действий» ( $t= -2,24$ ,  $p\leq 0,05$ ), «безоценочность» ( $t= -2,54$ ,  $p\leq 0,05$ ). Компонент «осознанность действий» также значимо различается между группой «Депрессия» и контрольной группой ( $t= -0,28$ ,  $p\leq 0,05$ ).

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что респондентам с депрессивной и БАР симптоматикой свойственен высокий уровень отвержения стимулов, которые воспринимаются ими как незнакомые, сложные, изменчивые или дающие возможность нескольких принципиально различных интерпретаций. Однако участникам с депрессивной симптоматикой более свойственно идти навстречу новому опыту, нежели респондентам с симптомами БАР. На фоне аффективного расстройства может значительно снижаться социальная активность индивида, ухудшается его ментальное и физическое здоровье, вследствие чего он всё больше склонен к пассивному образу существования и всё чаще обращается к мыслительной руминации.

Согласно полученным данным, респондентам из контрольной группы присущ значительно более высокий уровень осознанности действий, нежели лицам с аффективной симптоматикой. Это говорит нам о том, что люди без аффективных симптомов качественнее пользуются навыком сосредоточения на происходящем непосредственно в их жизни, способны присутствовать в настоящем моменте, не отвлекаясь на посторонние мысли, вместо того чтобы действовать на автопилоте. Респонденты, которые позитивно относятся к неопределённым ситуациям, чаще чувствуют себя авторами своей жизни и способны влиять на неё. С большим оптимизмом они смотрят на свои достижения и промахи и верят в то, что в будущем они добьются успеха.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, депрессия, рефлексивность, осознанность, толерантности к неопределённости.

## COGNITIVE FEATURES OF RESPONDENTS WITH AFFECTIVE SYMPTOMATICS

*Skirtach I.A., Denisova E.G, Martazanov A.T.*

Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University,  
Don State Technical University (Rostov-on-Don)

**Keywords:** bipolar affective disorder, depression, reflexivity, awareness, tolerance of uncertainty.

### Сведения об авторах:

Скиртач Ирина Анатольевна, канд. психол. наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета, доцент кафедры «Психофизиология и клиническая психология факультета «Психология, педагогика и дефектология Донского государственного университета (Ростов-на-Дону) [iskirtach@sfedu.ru](mailto:iskirtach@sfedu.ru).

Денисова Екатерина Геннадьевна, канд. психол. наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета, доцент кафедры «Психофизиология и клиническая психология факультета «Психология, педагогика и дефектология Донского государственного университета (Ростов-на-Дону) [keithdenisova@gmail.com](mailto:keithdenisova@gmail.com).

Мартазанов Александр Тамерланович, магистрант кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [martazanov@sfedu.ru](mailto:martazanov@sfedu.ru).

## ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ВЫГОД ОТ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Скиртач И.А., Кови Е.М., Дреманова А.В.*

Академия психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону)

**Введение.** Психологический фактор в качестве ведущего в формировании неврозов различного типа отмечают и отечественные, и зарубежные исследователи (А.А. Александров, Т.А. Караваева, Б.Д. Карвасарский, Е.С. Молчанова, J.W. Aleksandrowicz, J.J. Egmond, K. Friedman, H. Kellerman). Мировая статистика здравоохранения свидетельствует о том, что за вторую половину XX в. число людей в России, подверженных расстройствам невротического спектра, выросло в 62 раза и данный диагноз стал одним из наиболее распространенных в рейтинге других форм расстройств здоровья (Чуркин и др., 2000). Доля больных с невротическими расстройствами в общем числе больных, зарегистрированных в РФ в 2023 г., составила 14,9 %, а среди впервые заболевших – 27,4 %, с учетом того, что некоторое число возможных пациентов вообще не обращаются за медицинской помощью.

Результаты проведенных исследований показывают, что вторичные выгоды могут различаться в зависимости от диагноза. До 40 % пациентов имеют ВВБ, что является серьезным

препятствием для выздоровления (Молчанова, 2010), поэтому результативность психотерапии невротозов напрямую связана с локализацией и обозначением релевантных психотерапевтических «мишеней» (Бобров, 2017). Несмотря на очевидную необходимость учета в организации психологического и психотерапевтического сопровождения пациентов этих особенностей, исследований, посвященных данной проблематике, не представлено, что обуславливает необходимость и актуальность проведения научного изучения особенностей связи вторичных выгод от болезни с различными индивидуально-психологическими характеристиками у пациентов, имеющих расстройства невротического спектра.

**Материалы и методы.** Предмет исследования: вторичные выгоды от болезни, индивидуально-психологические характеристики пациентов с расстройствами невротического спектра. Эмпирическую выборку составили 90 человек в возрасте 45-59 лет: F41.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 30 человек; F45.3. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – 30 человек; F48.0. Неврастения – 30 человек.

Гипотеза: индивидуально-психологические характеристики у пациентов с разным уровнем выраженности вторичных выгод от болезни могут различаться.

Методики исследования: Опросник «Вторичная выгода от болезни» (ВВБ) W. Friedman в адаптации И.В. Вець, «Опросник невротических расстройств – симптоматический (ОНР-Си)» Е. Александровича.

**Результаты.** Статистически значимые различия были выявлены при помощи критерия Н Крускала–Уоллиса. Согласно полученным результатам, респонденты с выраженным *конформизмом* склонны к депрессивным расстройствам ( $N=10,66$ ,  $p\leq 0,001$ ), беспокойству ( $N=10,86$ ,  $p\leq 0,001$ ), перфекционизму, стремлению обезопасить себя за счет тщательного следования нормам и социальным предписаниям ( $N=8,28$ ,  $p\leq 0,004$ ). Для пациентов, склонных к *симуляции*, характерно принижение своих возможностей и способностей, пессимизм, стремление к поиску защиты и покровительства, проявление беспомощности ( $N=14,49$ ,  $p\leq 0,001$ ), склонность преувеличивать значимость проблем и бурно на них реагировать ( $N=8,36$ ,  $p\leq 0,016$ ), склонность к депрессивным настроениям ( $N=7,42$ ,  $p\leq 0,025$ ). Лица с ВВБ «*триггеры соматизации*» склонны преувеличивать значимость проблем с проявлением аффективно-шоковых и диссоциативных реакций ( $N=12,05$ ,  $p\leq 0,002$ ), обижаться, проявлять недоверие и настороженность ( $N=8,36$ ,  $p\leq 0,015$ ), а также проявлять широкий спектр фобических реакций ( $N=8,74$ ,  $p\leq 0,013$ ), что влечет за собой проявление соматоформных расстройств.

**Заключение.** В результате проведенного исследования установлено, что для пациентов с F41.2 превалирует вторичная выгода от болезни «регрессия» с моделями поведения, характерными для детского возраста; для пациентов с F45.3 характерна ВВБ «триггеры соматизации»; у пациентов с F48.0 присутствуют ВВБ «триггеры соматизации» и «конформизм», свидетельствующие о зависимости респондентов от мнений и взглядов социального окружения с проявлениями повышенной эмоциональности.

**Ключевые слова:** вторичные выгоды от болезни, расстройства невротического спектра, конформизм, симуляция, соматизация.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND FEATURES OF SECONDARY BENEFITS FROM THE DISEASE AT PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

*Skirtach I. A., Kowsh E.M., Dremanova A.V.*

Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University (Rostov-on-Don)

**Keywords:** secondary benefits from illness, neurotic spectrum disorders, conformism, simulation, somatization.

### **Сведения об авторах:**

Скиртач Ирина Анатольевна, канд. психол. наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [iskirtach@sfedu.ru](mailto:iskirtach@sfedu.ru).

Ковш Екатерина Михайловна, канд. психол. наук, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [emkovsh@sfedu.ru](mailto:emkovsh@sfedu.ru).

Дреманова Анна Вячеславовна, магистрант кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [dremanov09@mail.ru](mailto:dremanov09@mail.ru).

## ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ КОММУНИКАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Стрелков О.Г.*

Гродненский государственный медицинский университет (Гродно, Беларусь)

**Введение.** В работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами, необходимо уделять внимание бытовым условиям, наличию семьи, а также способности устанавливать и поддерживать социальные контакты. Исходя из этого, значимым становится верно выстроенная коммуникация в системе врач–пациент, что влияет на эффективность лечения, скорость выздоровления, реабилитационный потенциал. Установлено, что ошибки при общении медицинского персонала с пациентами приводят к отказу от лечения, учащению госпитализаций, утрате трудоспособности, что создает нагрузку на экономику страны (Замятина, 2021; Рожкова, 2006). Умение медицинских работников выстраивать эффективную коммуникацию с пациентами, страдающими психическими расстройствами, представляет собой актуальную проблему, требующую новых подходов в решении.

**Цель:** провести анализ литературных источников и выявить основные ошибки установления коммуникации с пациентами, имеющими психические расстройства.

**Материалы и методы.** Изучены имеющиеся научные публикации по данной тематике в электронных ресурсах cyberleninka, pubmed, РМС.

**Результаты.** В ходе анализа литературных источников выявлены наиболее часто встречающиеся ошибочные коммуникационные стратегии:

1. Настороженность. В основе лежит стереотип о пациентах с психическими расстройствами как об опасных людях. Такая стратегия проявляется в подозрительном, оборонительном поведении врача (Замятина, 2016).

2. Фамильярность. В виде игнорирования профессиональной дистанции, личных границ пациента. Выражается в оскорбительном и пренебрежительном отношении (Замятина, 2014).

3. Патернализм. Проявляется в излишней опеке над пациентом, стремлении решать за него все его проблемы. Эта стратегия лишает пациента самостоятельности, формирует зависимость от врача (Селезнева, 2021).

4. Дискриминация. Заключается в уничижительном поведении по отношению к пациенту. Медицинским персоналом игнорируются жалобы пациента (Кесси, 2020).

Данные стратегии значимо снижают эффективность лечения и реабилитационного потенциала, а также приводят к ухудшению психоэмоционального состояния пациента (Селезнева, 2021). В изученной литературе авторы выявили условия, способствующие неэффективным стратегиям в коммуникации, а именно: недостаточная подготовка, предрассудки о психически больных, профессиональное выгорание у медицинских работников (Замятина, 2014; Маджаева, 2019). Значимыми также являются отсутствие супервизий и регулярной оценки навыков коммуникации, высокая рабочая нагрузка, дефицит времени на полноценное общение, низкая мотивация к развитию эмпатии и рефлексии.

**Выводы.** Установлено, что возрастает актуальность в совершенствовании тактики обучения медицинского персонала коммуникативным навыкам, значимым является организация супервизий, создание комфортных условий труда как профилактики эмоционального выгорания. Системная работа в этом направлении позволит значительно повысить эффективность медицинской помощи, улучшить взаимопонимание между медицинскими работниками и пациентами и повысить эффективность реабилитации.

**Ключевые слова:** коммуникация, терапевтические отношения, общение с пациентами.

## FEATURES OF COMMUNICATION STRATEGIES OF MEDICAL PERSONNEL WITH PATIENTS SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS

*Strelkov O.G.*

Grodno State medical university (Grodno, Belarus)

**Keywords:** communication, therapeutic relationships, communication with patients.

### Сведения об авторе:

Стрелков Олег Геннадьевич, старший преподаватель кафедры психотерапии и клинической психодиагностики Гродненского государственного медицинского университета (Гродно), [strelkov@tut.by](mailto:strelkov@tut.by).

## ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ СОЗАВИСИМЫХ В ПРОГРАММЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ «СОЛНЕЧНЫЙ КРУГ»

*Стряпухина Ю.В., Вахрушева И.А.*

Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского (Санкт-Петербург)

**Введение.** Созависимость – многомерный биопсихосоциальный феномен, обусловленный дефицитарностью личности (деформированным самоотношением), предполагает идентификацию с зависимым из-за дефицита целеполагания и последующую личностную адаптацию к трудной ситуации (Стряпухина, Посохова, 2024).

При анализе подходов к помощи созависимым выявлено: эффективность помощи носит субъективный характер. Нужен подход, объединяющий сущность созависимости, ее компонентную структуру и направленность психологической помощи.

В 2021 году разработана программа клинико-психологической помощи созависимым «Солнечный круг». Цель – восстановление полноценного функционирования личности через гармонизацию ее отношений и преодоление созависимости (Стряпухина, Посохова, 2024). Программа состоит из 16 занятий. На данный момент проведено пять циклов. Необходима объективная оценка эффективности психологической помощи.

Цель исследования – выявить динамику состояния созависимых в программе «Солнечный круг».

**Материалы и методы.** База исследования – АНО ВО «РХГА им. Ф.М. Достоевского», интернет-ресурс Google Forms. В исследовании до и после занятий участвовало 25 женщин (30-69 лет). Уровень созависимости оценивался с помощью «Шкалы созависимости в отношениях» (Fischer J.L., Spann L., 1991; Москаленко В.Д., 2018), самоотношение изучалось с помощью методики «Опросник многостороннего изучения самоотношения» (МИС, С.Р. Пантилеев, по С.Т. Посоховой, 2005).

**Результаты.** Наблюдается положительная динамика уровня созависимости после занятий по программе. До занятий норма – 4 % (1 чел.), после занятий – 12 % (3 чел.). Умеренно выраженная созависимость до занятий – 48 % (12 чел.), после занятий – 56 % (14 чел.). Резко выраженная созависимость до занятий – 48 % (12 чел.), после занятий – 32 % (8 чел.). При этом уровень созависимости у 44 % (11 чел.) снизился, у 16 % (4 чел.) повысился.

Уровень самооценности по группе изменился незначительно: высокий уровень до и после занятий – 48 % (12 чел.). Средний уровень до занятий – 44 % (11 чел.), после занятий – 48 % (12 чел.). Низкий уровень до занятий – 8 % (2 чел.), после – 4 % (1 чел.). При этом уровень самооценности повысился у 12 % (3 чел.), снизился у 12 % (3 чел.)

В достаточной степени положительно изменился уровень самопринятия: низкий уровень до занятий – 4 % (1 чел.), после – 8 % (2 чел.). Средний уровень до занятий – 68 % (17 чел.), после – 48 % (12 чел.). Высокий уровень до занятий – 28 % (7 чел.), после – 44 % (11 чел.). При этом у 20 % (5 чел.) уровень самопринятия повысился, у 8 % (2 чел.) – снизился.

Есть положительная динамика в показателях «внутренняя конфликтность» и «самообвинение». Высокий уровень внутренней конфликтности до и после занятий выявлен у 12 % (3 чел.). Средний уровень до занятий – 84 % (21 чел.), после – 68 % (17 чел.). Низкий до занятий – 20 % (5 чел.), после – 4 % (1 чел.). При этом у 16 % (4 чел.) уровень внутренней конфликтности снизился, у 12 % (3 чел.) – повысился.

Высокий уровень самообвинения до занятий – 40 % (10 чел.), после – 28 % (7 чел.). Средний до и после занятий – по 36 % (9 чел.). Низкий до занятий – 24 % (6 чел.), после – 36 % (9 чел.). При этом уровень самообвинения снизился у 28 % (7 чел.), повысился у 8 % (2 чел.).

**Заключение.** Программа «Солнечный круг» – эффективный вариант психологической помощи. После занятий у участников наблюдается снижение уровня созависимости, уровня внутренней конфликтности и самообвинения и повышение уровня самопринятия и самооценности.

**Ключевые слова:** созависимость, самоотношение, программа клинико-психологической помощи, эффективность психологической помощи.

## **DYNAMICS OF THE CONDITION OF CODEPENDENTS IN THE PROGRAM OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE «SUNNY CIRCLE»**

*Stryapukhina Y.V., Vakhrusheva I.A.*

The Russian christian academy for the humanities named after Fyodor Dostoevsky (St. Petersburg)

**Keywords:** codependency, self-attitude, program of clinical and psychological assistance, effectiveness of psychological assistance.

### **Сведения об авторах:**

Стряпухина Юлия Витальевна, старший преподаватель кафедры психологии АНО ВО «Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского» (Санкт-Петербург), [kurry@yandex.ru](mailto:kurry@yandex.ru).

Вахрушева Ирина Аркадьевна, канд. психол. наук, доцент, заведующий кафедрой психологии АНО ВО «Русская христианская гуманитарная академия им. Ф.М. Достоевского» (Санкт-Петербург), [ivax26@mail.ru](mailto:ivax26@mail.ru).

## **ПРОБЛЕМА СИРОТСТВА КАК ПРЕДИКТОР ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Уласень Т.В., Решетников М.М.*

Смоленский государственный медицинский университет (Смоленск)  
Восточно-Европейский институт психоанализа (Санкт-Петербург)

**Введение.** Проблема поиска и реализации различных вариантов психологической и социально-педагогической помощи воспитанникам учреждений социальной защиты существует достаточно давно. Однако, несмотря на всю важность и актуальность изучаемой проблемы психического здоровья детей и подростков реабилитационного центра, до сих пор отсутствует единая теоретическая и исследовательская психолого-психотерапевтическая парадигма их сопровождения.

**Цель исследования** – провести комплексный анализ адаптационных возможностей воспитанников социально-реабилитационного центра и сформулировать на его основе гипотезу патопсихогенеза отклоняющегося поведения у данного контингента.

**Материалы и методы.** Обследовано 263 воспитанника Смоленского социально-реабилитационного центра для несовершеннолетних «Феникс» в возрасте от 3 до 17 лет включительно. Контрольную группу (147 человек) представили ученики 1, 2, 4, а также 8-11 классов общеобразовательной средней школы Смоленска в возрасте от 7 до 17 лет включительно.

В исследовании применены клинико-психопатологический, психодиагностический методы и методы статистического анализа. Использованы следующие психологические методики: полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей А.И. Щепиной и А.В. Макачук (2004), тест «Склонность к девиантному поведению» (2012), опросник агрессивности Басса–Дарки (2005), методика копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской (2000), 20-пунктовая Торонтская шкала алекситимии Е.Г. Старостина и соавт. (2009).

**Результаты.** Полученные результаты в 89 % случаев наблюдений подтвердили неблагополучное психическое состояние детей и подростков, поступающих в социально-реабилитационный центр. Среди психических нарушений ведущее место заняли органическое эмо-

ционально-лабильное расстройство, смешанное расстройство поведения и эмоций, расстройства адаптации, а также специфические расстройства психологического развития. Однако регистра психической патологии у детей и подростков учреждений социальной защиты в настоящее время нет. Вместе с тем в большинстве случаев на фоне выявленных нарушений отмечены признаки формирующихся личностных расстройств со статистическим преобладанием в стрессовых ситуациях «эффективных» стратегий в виде аффективно-агрессивных копингов и избегающего поведения. Имеющийся в большинстве случаев резидуально-органический фон у данного контингента способствует более быстрому когнитивному и поведенческому закреплению подобных социальных отклонений с враждебными установками. Имеющиеся выраженные трудности идентификации и описания своих чувств и чувств других людей заметно усложняют понимание обследуемым контингентом своего состояния и поведения.

На основании полученных данных сформулирована гипотеза патопсихогенеза отклоняющегося поведения у воспитанников социально-реабилитационного центра в условиях травматического, включая депривационный, опыта, позволяющая наметить траекторию персонифицированной работы в каждом конкретном случае.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о широком диапазоне клинко-психопатологических дезадаптационных проявлений у воспитанников социально-реабилитационного центра, сформировавшихся в условиях хронической психотравмы и депривационного опыта. При этом специфичными и ключевыми аспектами патопсихологических проявлений при всем многообразии выявленных клинических форм являются алекситимические нарушения и когнитивные сдвиги, отличающие депривированных детей и подростков от их сверстников. Сложившееся обстоятельство не может исключить вероятность их попадания в дальнейшем в криминальные и деструктивные группы. По данным Министерства просвещения, в 2021 году в России было 390 900 детей-сирот, из которых 352 200 ребенка воспитывались в семьях. Таким образом, существующие проблемы «сиротства» и «социального сиротства» могут рассматриваться как факторы накопления девиантных форм поведения в обществе, что определяет необходимость пересмотра психиатрического и психологического сопровождения воспитанников социально-реабилитационных центров (с целесообразностью привлечения клинических психологов). При своевременном решении вопроса в недалеком будущем возможно удастся изменить траекторию психолого-социального развития детей и подростков из социально-реабилитационных центров, подверженных возникновению психических нарушений, включая личностные расстройства.

**Ключевые слова:** дезадаптация, патопсихогенез отклоняющегося поведения, воспитанники социально-реабилитационных центров.

## THE PROBLEM OF ORPHALITY AS A PREDICTOR OF DEVIANT BEHAVIOR

*Ulasen T.V., Reshetnikov M.M.*

Smolensk State Medical University (Smolensk)  
East European Institute of Psychoanalysis (St. Petersburg)

**Keywords:** maladaptation, pathopsychogenesis of deviant behavior, pupils of social rehabilitation centers.

**Сведения об авторах:**

Решетников Михаил Михайлович, ректор АНО ВО «Восточно-Европейский институт психоанализа» (Санкт-Петербург), Заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, профессор, кандидат медицинских наук, veip@yandex.ru.

Уласень Татьяна Валентиновна, заведующая кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России (Смоленск), доктор психологических наук, доцент, кандидат медицинских наук, ulasen.tatjana@yandex.ru.

**НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ  
С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

*Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Глебо О.П., Шапаревич А.С.*

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
психического здоровья» (Минск, Республика Беларусь)

**Цель исследования:** оценить степень когнитивного дефицита у пациентов с первым психотическим эпизодом.

**Материалы и методы:** клинико-психопатологический, клинико-биографический, экспериментально-психологический, статистический (вычисления параметров описательной статистики, Т-критерия Вилкоксона для зависимых переменных). Общее число исследуемой группы – 94 респондента женского пола, впервые обратившиеся в РНПЦ психического здоровья, имеющие признаки психотического расстройства соответственно диагнозам МКБ-10 F20, F23, F30, F31.

**Результаты и обсуждение.** В ходе статистического анализа были выявлены изменения динамических показателей работы нейрокогнитивных структур: снижение темпа запоминания ( $T=132$ ,  $p<0,001$ ) и эффективности работы – основывается на функции активного внимания ( $T=203$ ,  $p<0,001$ ). Положительность сдвига обусловлена тем, что обе шкалы обратные (меньшие значения отражают большую выраженность признака).

Положительный сдвиг обнаружен в силе интерференции – ID (показатель ригидности/гибкости контроля,  $T=235$ ,  $p<0,01$ ). Известно, что интерференция является результатом конфликта словесно-речевых (вербальных) и сенсорно-перцептивных функций. Низкая интерференция говорит о способности тормозить более сильные по своей природе вербальные функции ради восприятия цвета, высокая – о том, что испытуемый с трудом освобождается от влияния значения слова при его несоответствии наглядному впечатлению. Таким образом, в повторном измерении более выражен эффект интерференции и более выражена ригидность (жесткость) познавательного контроля.

Положительные сдвиги в отметках динамического праксиса ( $T=33$ ,  $p<0,01$ ) указывают на увеличение контролирующих функций с активацией работы фронтальной коры. На основе анализа статистических данных можно говорить о том, что в процессе биологического (медикаментозного) лечения возрастает функция контроля как противовеса спонтанных, неконтролируемых процессов. Данное изменение ложится в основной механизм, происходит подавление позитивной продукции психики. Пациент под действием фармакокоррекции может сознательно подавлять нежелательные импульсы и явления, однако такое подавление в целом связано с общим угнетением работы системообразующих психических функций – рабочей

памяти, внимания. Поэтому на фоне медикаментозного лечения усугубляются проявления нейрокогнитивного дефицита, что определяет необходимость проведения долгосрочного нейрокоррекционного тренинга.

**Заключение.** Ухудшение нейрокогнитивных функций пациентов, а также снижение их в процессе медикаментозного лечения является значительным риском неблагоприятного социального прогноза, эмпирическим подтверждением необходимости их нейрокоррекции.

**Ключевые слова:** нейрокогнитивный дефицит, психотическое расстройство, память, интерференция.

## NEUROCOGNITIVE PROFILE OF PATIENTS WITH A FIRST PSYCHOTIC EPISODE

*Khojaev A.V., Grigoryeva I.V., Hlebko O.P., Shaparevich A.S.*

Ministry of Health of the Republic of Belarus,  
State Institution «Republican Scientific and Practical Center for Mental Health»  
of the Ministry of Health of the Republic of Belarus

**Keywords:** neurocognitive deficit, psychotic disorders, memory, interference.

### Сведения об авторах:

Ходжаев Александр Валерьевич, Министр здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук, доцент (Минск), [a-hodzhaev@rambler.ru](mailto:a-hodzhaev@rambler.ru).

Григорьева Инесса Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, ученый секретарь ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», [inessgrig@mail.ru](mailto:inessgrig@mail.ru).

Глебко Ольга Петровна, научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», [happygirl\\_90@mail.ru](mailto:happygirl_90@mail.ru).

Шапаревич Анастасия Сергеевна, младший научный сотрудник ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», [dudarchik6@gmail.com](mailto:dudarchik6@gmail.com).

## ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА ДЕПРЕССИВНОСТИ БЕКА (BDI) В ПСИХОДИАГНОСТИКЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР

*Чугунов Д.Н., Негореева И.Г., Шкильнюк Г.Г., Рудель А.Е., Гаврилов Ю.В.*

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Институт экспериментальной медицины» (Санкт-Петербург)

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки  
«Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой» РАН (Санкт-Петербург)

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения  
Психоневрологический диспансер №4 (Санкт-Петербург)

**Введение.** Распространенность депрессивных расстройств актуализирует ряд научно-исследовательских задач, подразумевающих изучение системного взаимодействия биопсихосоциальных факторов, в частности особенностей психосоциального функционирования пациентов, реакций семейного окружения, социальной фрустрированности, семейных ролей («меланхолик» или «вечный оптимист»), общего «семейного диагноза», когда один или оба члена семьи имеют нарушения депрессивного спектра, и др. Особенности системы семейных отношений, как совокупность когнитивных, аффективных и поведенческих компонентов,

могут рассматриваться как индикаторы уровня удовлетворенности браком, возможности реализации копинг-стратегий социальной поддержки в ситуации стресса, а также как ресурсы, определяющие особенности личностно-ролевого развития супругов. При наличии депрессивного расстройства указанные компоненты отношений могут рассматриваться как клинически значимые факторы и симптомокомплексы. Отмечается большое количество исследований, посвященных влиянию эндогенных, наследственных факторов, влиянию особенностей детско-родительских отношений, и непосредственных индивидуально-личностных особенностей на развитие и течение депрессивных расстройств. В то же время сравнительно небольшое число публикаций описывает влияние супружеских отношений на развитие и течение данного заболевания. Структура эмоционального интеллекта супругов, особенности поддержки, уровень эмпатии, проективные механизмы, уровень социального одиночества и фрустрированности и т.д. могут рассматриваться как возможные механизмы, определяющие взаимовлияние супружеских отношений на уровень эмоционального здоровья членов семьи. В связи с чем, нами было проведено исследование самооценочного и взаимного определения уровня депрессии в супружеских парах «муж–жена».

**Материалы и методы.** 44 супружеские пары заполняли опросник депрессивности Бека BDI (адаптированный вариант) в двух вариантах: в самооценочном определении уровня депрессии и для партнера, таким образом супруги оценивали эмоциональное состояние друг друга. Полученные данные были подвергнуты корреляционному анализу. Используемые методы и дизайн исследования получили одобрение этической комиссии.

**Результаты.** Анализ средних значений выявил однородность изучаемой выборки, респонденты которой не имеют выраженной депрессивной симптоматики на момент обследования:  $7,45 \pm 0,99$  средний показатель по шкале BDI у мужчин и  $7,74 \pm 0,87$  – у женщин. Когнитивно-аффективная субшкала:  $4,59 \pm 0,58$  у мужчин и  $4,44 \pm 0,52$  баллов у женщин. Субшкала соматических проявлений:  $2,86 \pm 0,48$  баллов у мужчин и  $3,30 \pm 0,45$  баллов у женщин. Взаимные оценки выявили, что мужья немного преуменьшают, а жены преувеличивают уровень депрессивной симптоматики по сравнению с самооценочными данными: оценка мужьями  $6,77 \pm 0,76$  балла и оценка женами  $7,81 \pm 1,03$  балла. Когнитивно-аффективная субшкала: оценка мужьями  $3,61 \pm 0,43$  и оценка женами  $4,46 \pm 0,57$  балла. Субшкала соматических проявлений: оценка мужьями  $3,16 \pm 0,4$  и оценка женами  $3,35 \pm 0,51$  баллов. Таким образом, отмечается совпадение самооценочного и взаимного оценивания по шкалам методики BDI, что указывает на высокий уровень эмпатии, взаимной чувствительности супругов, преимущественное использование механизмов «контакта» в межличностных отношениях.

Анализ корреляционной структуры прямых и взаимных оценок выявил большое количество корреляции между ними, что может быть интерпретировано как преобладание проективных ожиданий при восприятии и оценке эмоциональных состояний супругов, наличие поведенческих паттернов в когнитивно-аффективной и соматической модальности сниженного настроения и депрессии, диагностированных по методике BDI. Анализ полученных данных также выявил совпадения (механизм «слияния» в межличностных отношениях) по шкале соматических проявлений депрессии (на уровне тенденции, учитывая низкие средние показатели по этой шкале). Корреляция непосредственной оценки этого параметра в паре «муж–жена» равна  $0,62$ , ( $p < 0,05$ ), отражая, по-видимому, особую чувствительность и значимость

межличностных отношений при оценке соматических паттернов депрессии, менее значимой оказывается когнитивно-аффективная симптоматика.

**Заключение.** Применение опросника BDI в супружеских парах описывает структуру взаимовлияния уровня депрессивной симптоматики и особенностей межличностных (семейных) отношений в когнитивном, аффективном и поведенческом компонентах. Выявлены механизмы прямой (эмпатичной, контактной) и проективной оценки, приоритетность соматических признаков в оценке депрессии.

**Ключевые слова:** опросник депрессивности Бека, BDI, супружеские отношения, депрессия.

## **APPLICATION OF THE BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI) IN THE PSYCHODIAGNOSIS OF MARRIED COUPLES**

*Chugunov D.N., Negoreeva I.G., Shkilnyuk G.G., Rudel A.O., Gavrilov Y.V.*

The Federal State Budgetary Scientific Institution «Institute of Experimental Medicine» (FSBSI «IEM»)  
(Saint Petersburg)

N. P. Bekhtereva Institute of the human brain of the Russian Academy of Sciences (Saint Petersburg)  
Saint Petersburg State Budgetary Healthcare Institution Psychoneurological Dispensary № 4  
(Saint Petersburg)

**Keywords:** Beck Depression Inventory, BDI, marital relationships, depression.

### **Сведения об авторах:**

Чугунов Даниил Николаевич, кандидат психологических наук, медицинский психолог, Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения Психоневрологический диспансер №4 (СПб ГКУЗ ПНД №4), Санкт-Петербург, steelpluses@list.ru.

Негореева Ирина Григорьевна, кандидат медицинских наук, ведущий эксперт (невролог), Аппарат управления, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук, Санкт-Петербург.

Шкильнюк Галина Геннадьевна, кандидат медицинских наук, врач невролог, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой» Российской академии наук, Санкт-Петербург.

Рудель Алена Евгеньевна, м.н.с. отдела Общей патологии и патологической физиологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург.

Гаврилов Юрий Владимирович, кандидат медицинских наук, врач невролог, врач остеопат, в.н.с. отдела Общей патологии и патологической физиологии Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург.

## ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

*Щетинина Е.В., Щелкова О.Ю.*

Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева (Москва)  
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

**Введение.** 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 длительного приема психофармакотерапии, регулярного наблюдения. Поиск наиболее значимых клинических, социально-демографических и психологических характеристик пациентов с повышенным риском суицидальной активности является *целью* настоящего исследования.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 139 пациентов: 60 (43,2 %) мужчин и 79 (56,8 %) женщин; средний возраст  $25,65 \pm 0,53$  лет. 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, «Опросника депрессивности» А. Бэка (BDI), тест-опросников «Мини-Мульт» и «Способы совладающего поведения» (ССП). Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel.2010.

**Результаты.** Пациенты с повышенным риском суицидальной активности по сравнению с пациентами, для которых такой риск не определен, имеют более молодой возраст, и половина из них (51,4 %) находятся в возрастном диапазоне от 18 до 23 лет; уровень образования пациентов без риска суицида оказался существенно выше, чем у пациентов с суицидальным риском ( $p=0,001$ ). В группе испытуемых с риском суицида выявлено статистически значимое преобладание частоты встречаемости клинического диагноза «Шизотипическое расстройство» ( $p=0,001$ ), опыта прохождения психотерапии ( $p=0,055$ ), полной, а также формальной критики к болезни ( $p=0,000$ ), положительного отношения к настоящей госпитализации в психиатрическую клинику ( $p=0,041$ ). Также для них характерны следующие психосоциальные характеристики и особенности социальной адаптации: холодные или конфликтные семейные отношения ( $p=0,073$ ), затяжная психотравмирующая ситуация ( $p=0,005$ ), низкая социальная активность ( $p=0,024$ ), трудности социальной адаптации ( $p=0,030$ ), своеобразие внешнего вида ( $p=0,001$ ), проявившееся, прежде всего, в следах аутоагрессивного поведения (порезах, ожогах) и татуировках.

В структуре личности пациентов с повышенным риском суицидальной активности по сравнению с пациентами без суицидального риска преобладают черты, измеряемые клиническими шкалами опросника Мини-Мульт: «ипохондрия» ( $p=0,001$ ), «депрессия» ( $p=0,000$ ), «истерия» ( $p=0,000$ ), «психопатия» ( $p=0,042$ ) и «психастения» ( $p=0,002$ ). В структуре копинг-поведения в группе лиц с повышенным риском суицида выявлено снижение показателей стратегий «конфронтация» ( $p=0,054$ ) и «дистанцирование» ( $p=0,088$ ), отражающих способность

к непосредственному отреагированию эмоций вовне (в том числе гетероагрессивных), а также способность к эмоциональному и когнитивному отстранению от травмирующей ситуации путем использования приемов ее обесценивания и рационализации; напротив, пациентам с риском суицида в большей мере свойственно накапливание отрицательных переживаний и фиксация на них.

Согласно результатам множественного регрессионного анализа, наиболее информативным психометрическим предиктором суицидального риска у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, перенесших первый психотический эпизод, является показатель шкалы «депрессия» методики Мини-Мульт, отражающий соответствующие особенности личности и психического состояния.

**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 социо-реабилитационной работы с пациентами, перенесшими первый психотический эпизод.

**Ключевые слова:** суицид, шизофрения, первый психотический эпизод.

**EMOTIONAL, PERSONAL AND BEHAVIORAL PREDICTORS  
OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WHO HAVE SUFFERED  
THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE**

*Shchetinina E.V., Shcholkova O.Yu.*

Psychiatric Clinical Hospital № 1 named after N.A. Alexeev  
of the Department of Health of Moscow (Moscow);  
Saint Petersburg State University (St. Petersburg)

**Keywords:** suicide, schizophrenia, first psychotic episode.

**Сведения об авторах:**

Щетинина Евгения Владимировна, медицинский психолог ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» (Москва), [evvladi@list.ru](mailto:evvladi@list.ru).

Щелкова Ольга Юрьевна, д-р психол. наук, проф., зав. каф. и проф. каф. мед. психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург) [o.shchelkova@spbu.ru](mailto:o.shchelkova@spbu.ru).

## СРАВНЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ И СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИИ

*Бизюк А.П., Черникова А.С.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Одной из актуальных проблем детской психологии и нейропсихологии детского возраста остается значительное число младших и старших дошкольников, страдающих различными расстройствами речи. Неизбежным следствием таких расстройств становится отставание в развитии познавательной деятельности и необходимость привлечения специалистов, способных через коррекционные влияния, учитывающие особенности таких детей, оказать позитивное целевое воздействие на формирование желаемого уровня их развития.

**Материалы и методы.** Основной целью исследования являлось сравнительное изучение уровня когнитивных функций у детей с речевыми нарушениями, имеющими разные для них нейроанатомические предпосылки, но объединяемые доминирующими моторными расстройствами. Основной акцент был сделан на регистрации пространственно-конструктивных, мнестических и гностических функций, для чего (с учетом возраста испытуемых) были привлечены следующие диагностические приемы и функциональные пробы: наблюдательный метод (наблюдение); сбор анамнеза; «Коробка форм» (соотнесение пространственных отношений); палочковый тест (конструктивный праксис); проба Поппельрейтера (зрительный гнозис – по объему выполнения и по его качеству); слуховой предметный гнозис (идентификация бытовых звуков); оценка тактильного гнозиса; оценка зрительной памяти; оценка вербальной памяти (запоминание простых слов); рисунок человека; матрицы Равена (облегченный и усложненный варианты); наглядный счет.

Для исследования когнитивных функций из детских садов компенсирующего вида были отобраны две группы детей в возрасте 4-5,5 лет. Первую группу составили 14 детей с моторной алалией, вторую – 31 ребёнок со стёртой дизартрией. Всего в исследовании приняли участие 45 детей.

**Результаты.** Наиболее существенные различия (с вероятностью ошибки  $p < 0,05$ ) между детьми с моторной алалией и стёртой дизартрией обнаружилось по параметрам слухового вербального гнозиса и вербальной памяти, что указывает на существенную вовлеченность у детей с алалией височных корковых зон и левого и правого полушарий. В качестве тенденций выявились и отставания в функциональном развитии мозговых структур, ответственных за конструктивный праксис и тактильный гнозис, реализация которых обеспечивается теменными зонами коры.

**Заключение.** В результате проведенного исследования практически все показатели, отобранные для характеристики когнитивных функций у детей с моторной алалией и стёртой дизартрией, продемонстрировали лучшую их сохранность у детей с дизартрией, что, по-видимому, объясняется не столько разницей в масштабе дефектов со стороны мозговых

структур, сколько их преимущественной ориентированностью либо на подкорковые, либо периферические структуры, как это имеет место при дизартрии, либо на кору, как это типично для алалий. Полученные данные позволяют уточнить возможные мишени планируемой коррекционной работы.

**Ключевые слова:** алалия, дизартрия, гнозис, память, кора больших полушарий.

## COMPARISON OF NEUROPSYCHOLOGICAL INDICATORS IN MOTOR ALALIA AND ERASED DYSARTHRIA

*Bizyuk A.P., Chernikova A.S.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (St. Petersburg)

**Keywords:** alalia, dysarthria, gnosis, memory, cerebral cortex.

### Сведения об авторах:

Бизюк Александр Павлович, доцент кафедры клинической психологии СПбГПМУ, доцент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, A\_Viziuk@yahoo.com.

Черникова Анна Сергеевна, студентка ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОМЕТРИЧЕСКОЙ КИНЕЗИОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ НЕЙРОПСИХОЛОГА

*Жеглова К.Ю.*

ИП Жеглова К.Ю. (г. Ярославль)

**Введение.** При работе в нейропсихологическом Центре интенсивной и регулярной коррекции когнитивных и двигательных нарушений было обнаружено, что для стойкого позитивного результата требуется длительное время и значительное количество занятий. В анамнезе большинства пациентов встречается перинатальная и постнатальная патология, коррекция которой улучшает состояние высших психических функций.

**Материалы и методы.** В результате изучения современных подходов к технологиям коррекционной деятельности в сфере нейрореабилитации нами был выбран метод Биометрической Кинезиологии (БК), ставший в нашей деятельности основным.

БК – это направление прикладной кинезиологии, базирующиеся на авторском методе «Склеротомная Биометрическая Стабилизация», представляющий собой новую методику рефлекторного воздействия на склеротомные ткани (соединительнотканые, хрящевые, костные и т.д.) для одномоментной активации соматической и вегетативной частей нервной системы с целью устранения нарушения сенсомоторного контроля ЦНС за счёт стимуляции механизмов саморегуляции и самокоррекции. БК рассматривает человека как сложную многоуровневую систему и позволяет путем рефлекторного воздействия улучшать состояние нервной системы, запускать самовосстановление на структурном, метаболическом и психическом уровнях. Автор методики врач невролог, мануальный терапевт, рефлексотерапевт, анестезиолог-реаниматолог, кинезиолог С.В. Молотков.

Целостный подход в кинезиологии позволяет более дифференцированно подойти к поиску и коррекции нарушений. По результатам предварительной диагностики выстраивается

наиболее короткий и целесообразный маршрут коррекционных и лечебных воздействий. После БК коррекции улучшается основа функционирования нервной системы, что позволяет формировать и восстанавливать нейронные связи наиболее эффективно. При необходимости пациент направляется на дополнительные обследования, коррекцию или лечение к смежным специалистам: неврологу, эндокринологу, нейропсихологу, логопеду, дефектологу, ЛФК и др.

**Результаты.** Примеры результатов коррекционной работы приведены ниже.

1. С.М., мальчик, 7 лет, ППЦНС, гипотонус, в анамнезе родовой деятельности периферическая цервикальная недостаточность. В ходе БК диагностики обнаружены дезорганизация работы НС, краниальные дисфункции, родовая травма шейного отдела позвоночника, функциональные нарушения тазобедренного, голеностопного и плечевого суставов, вегетативные дисфункции с активностью примитивных рефлексов. В нейропсихологической диагностике выявлено: нарушения когнитивные, эмоциональные, диспраксия (невозможность координированно выполнять двигательные упражнения по возрасту: прыжки, метание мяча, бег), компенсаторная леворукость. Нейропсихологические занятия не проводились. Проходил лечение у невролога. После курса БК коррекции улучшились когнитивные функции, уменьшилась тревожность, снизилась активность примитивных рефлексов, значительно улучшилась координация тела в пространстве во время выполнения даже сложных упражнений.

2. М.В., девочка, 9 лет, ППЦНС, сколиоз 1 степени, компрессионный перелом позвоночника. С 3 месяцев массаж, с 4 лет занятия гимнастикой без улучшения, после перелома позвоночника занятия ЛФК и массаж. В ходе БК диагностики обнаружены дезорганизация работы НС, краниальные дисфункции, травма грудного отдела позвоночника, функциональные нарушения тазобедренного сустава, вегетативные дисфункции с активностью примитивных рефлексов, эмоциональные нарушения. Выявлены нарушения коммуникации и диспраксия. Нейропсихологические занятия не проводились. После БК коррекции улучшилась коммуникация (в семье и со сверстниками), уменьшилась тревожность, снизилась активность примитивных рефлексов, значительно улучшилась координация тела и восстановилась биомеханика позвоночника.

3. М.К., девочка, 11 лет, ППЦНС (обвитие пуповиной), сотрясение ГМ. Наблюдение невролога. ЭЭГ: негрубое снижение порога пароксизмальной готовности при ГВ. Синдром дефицита внимания с гипоактивностью. Зрительный контакт неустойчив. При нейропсихологической диагностике выявлено следующее: коммуникативные нарушения (в семье и со сверстниками), когнитивные нарушения (снижение памяти и внимания), эмоциональные расстройства, диспраксия. В ходе БК диагностики обнаружены дезорганизация работы НС, краниальные дисфункции, родовая травма шейного отдела позвоночника, функциональные нарушения тазобедренного сустава, вегетативные дисфункции с активностью примитивных рефлексов, эмоциональные нарушения. После БК коррекции улучшились когнитивные функции, уменьшилась тревожность, снизилась активность примитивных рефлексов, редуцировались страхи при коммуникации.

**Заключение.** По результатам восстановления биомеханических нарушений улучшается состояние всех уровней построения движения, описанных Н.А.Бернштейном. Это дает основание полагать, что происходит восстановление функционирования как центрального, так и периферического уровня НС, а также и улучшение ВПФ.

В дальнейшем планируется анализ большего объема данных проводимой БК коррекции с представлением более строгих статистических материалов развернутого качественного

нейропсихологического анализа обоснования и результатов проводимой с помощью БК коррекции.

**Ключевые слова:** биометрическая кинезиология, комплексный подход, нейропсихология.

## THE USE OF BIOMETRIC KINESIOLOGY IN THE PRACTICE OF A NEUROPSYCHOLOGIST

*Zheglova K. Yu.*

IP Zheglova K. Yu. (Yaroslavl)

**Keywords:** Biometric Kinesiology, integrated approach, neuropsychology.

### **Сведения об авторе:**

Жеглова Ксения Юрьевна, психолог, нейропсихолог, биометрический кинезиолог, кандидат психологических наук (Ярославль), [kselova@gmail.com](mailto:kselova@gmail.com).

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРУДНОСТЕЙ В ОБУЧЕНИИ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

*Жидкова Д.С.*

Курский государственный медицинский университет (Курск)

**Введение.** В настоящее время актуальным вопросом остаётся проблема увеличения числа учеников, испытывающих трудности при освоении школьной программы. Это школьники, граничащие между патологией и нормой, не имеющие клинических диагнозов, в том числе аномалий развития слуха, зрения, речи, моторики или явных психических расстройств, но испытывающих стойкие и систематические трудности с усвоением чтения, счёта или письма.

Существуют различные классификации ключевых детерминант формирования трудностей, но в основном все делят на внутренние и внешние факторы. К эндогенным факторам относится наследственность, генетическая предрасположенность, соматический и психический статус, мозговые дисфункции, степень зрелости структурно-функциональных систем мозга и сформированности высших психических функций.

На данный момент современная массовая школа не способна обеспечить нейрокоррекционное обучение детей, имеющих школьные проблемы. Поэтому всё чаще родители обращаются за помощью в специальные психологические центры, где ведущая роль принадлежит нейропсихологам. Данный специалист проводит качественный анализ дефицитарных и сохранных звеньев мозговых структур, на основе чего определяются причины аномального психического функционирования, формируются стратегии и прогноз коррекционно-развивающего поведения.

**Материалы и методы.** Цель исследования – изучить причины трудностей обучения и построить на их основе нейропсихологические методы преодоления дизадаптации.

Объект – несформированность высших психических функций детей младшего школьного возраста.

Предмет – нейропсихологические особенности ВПФ у детей младшего школьного возраста с трудностями в обучении.

Исследование проводилось на базе МБОУ Центр образования № 15 «Луч» г. Белгород. В эмпирическую базу исследования вошли 20 человек, учащиеся 2 и 3 класса начальной школы, средний возраст составил 8,27 лет.

Диагностические методы были представлены клинической беседой и пробами нейропсихологической батареи А.Р. Лурии и его последователей: исследовался профиль латеральной организации, оценивалось состояние функций трёх блоков мозга.

**Результаты и заключение.** Обобщая и анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что у детей с трудностями в обучении наблюдается несформированность первого функционального блока мозга, которая проявляется в снижении активности и работоспособности, повышенной истощаемости, утомляемости, эмоциональной неуравновешенности и пассивности. В том числе у респондентов наблюдались сложности с переработкой слуховой и зрительной информацией, проблемы в развитии функций III блока мозга, несформированность пространственных и квазипространственных функций.

На основе полученных данных был разработан нейрокоррекционный маршрут для каждого ребёнка с учётом его топического диагноза и индивидуально-психологических особенностей. Главной целью каждого занятия является создание условий для развития и коррекции высших психических функций. На основе выявленных детерминант трудностей были выделены блоки, каждый из которых сопровождался своей целью, содержанием и набором определенных упражнений и заданий.

Кроме индивидуальной работы с детьми также проводились консультативные встречи с родителями и педагогами с целью закрепления достигнутых результатов и устранения иных социально-психологических факторов трудностей в обучении.

Занятия проходили по 45 минут, каждый день, на протяжении трёх недель.

По окончании данного «нейроинтенсива» был проведен повторный качественный анализ. Были обнаружены значительные улучшения по всем заявленным блокам. Так, например, среднее время выполнения пробы «таблицы Шульте» сократилось с 71 с до 53 с. Среднее воспроизведение ответов «10 слов» с 6 слов увеличилось до 8. Дети стали активнее, улучшилась концентрация внимания, появилась усидчивость. Также необходимо отметить формирование внутренней мотивации, возникновение желания пойти в школу, повышение академической успеваемости.

За счёт церебральной пластичности и активного процесса развития мозга в этом возрасте, специалист имеет отличный коррекционный потенциал ребёнка. Таким образом, мы понимаем, что ранняя диагностика и своевременная нейрокоррекция необходима детям с трудностями в обучении для предотвращения дальнейшей школьной дизадаптации.

**Ключевые слова:** трудности в обучении, высшие психические функции, структурно-функциональная незрелость, коррекционно-развивающее обучение.

## NEUROPSYCHOLOGICAL CORRECTION OF LEARNING DIFFICULTIES IN PRIMARY SCHOOL

*Zhidkova D.S.*

Kursk State Medical University (Kursk)

**Keywords:** learning difficulties, higher mental functions, structural and functional immaturity, correctional and developmental education.

**Сведения об авторе:**

Жидкова Дарья Сергеевна, аспирант кафедры психологии здоровья и нейропсихологии Курского государственного университета (Курск), [dasha\\_brezhneva@bk.ru](mailto:dasha_brezhneva@bk.ru).

**ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА  
НА КОМПОНЕНТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА**

*Каланходжаева К.Б.*

Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо-Улугбека (Ташкент)

**Введение.** Проблема взаимодействия парных систем и доминирования одного из анализаторов является наиболее обсуждаемой в современной нейропсихологии, поскольку в этом случае латерализация (выделение ведущего полушария) играет особую роль в выполнении психических функций, в частности протекания процессов эмоционального интеллекта в головном мозге. Мы предполагаем, что свойства эмоционального интеллекта зависят от активности того или иного полушария мозга, и, следовательно, важная роль в формировании эмоционального интеллекта принадлежит функциональной асимметрии, которая является одной из фундаментальных закономерностей его функционирования.

**Материалы и методы.** Нами было проведено эмпирическое исследование среди 340 (241 девушка и 99 юношей) студентов 1-4 курсов с разных направлений профессионального обучения. Были использованы следующие методики: 1) методика определения индивидуального профиля функциональной асимметрии К.Б. Кадырова в авторской модификации, где с помощью 12 функциональных проб выявляются ведущая рука, нога, глаз и ухо, и 5 индивидуальных профилей функциональной асимметрии: абсолютно левое предпочтение; Преимущественно левое предпочтение; Преимущественно правое предпочтение; Абсолютно правое предпочтение; Смешанное предпочтение; 2) опросник Эмоционального интеллекта (ЭИИ) Д.В. Люсина, включающий в себя 5 субшкал, объединяющихся в 4 шкалы более общего порядка: шкала межличностный ЭИ, шкала внутриличностный ЭИ, шкала понимание эмоций, шкала управление эмоциями, субшкала понимание чужих эмоций, субшкала управление чужими эмоциями, субшкала понимание своих эмоций, субшкала управление своими эмоциями, субшкала контроль экспрессии.

**Результаты.** Результаты сравнительного анализа показателей шкал опросника ЭИИ Д.В. Люсина по каждой из 12 функциональных проб по U-критерию Манна–Уитни показали, что по отдельным функциональным пробам существует связь компонентов эмоционального интеллекта с предпочтением левой либо правой стороны. У юношей при пробе «Переплетение пальцев рук» компоненты эмоционального интеллекта «Управление своими эмоциями» ( $U=908,5$ ;  $p<0,05$ ) и «Внутриличностный эмоциональный интеллект» ( $U=892,5$ ;  $p<0,05$ ) выше у тех, кто предпочитает ставить правый большой палец сверху. По функциональной пробе «Поза Наполеона» управление своими эмоциями ( $U=892,5$ ;  $p<0,05$ ) и управление эмоциями ( $U=942,5$ ;  $p<0,05$ ) выше у тех, у кого левый локоть оказывался сверху. По функциональной пробе «Нога на ногу» понимание чужих эмоций ( $U=612,5$ ;  $p<0,01$ ), управление чужими эмоциями ( $U=697$ ;  $p<0,05$ ), межличностный эмоциональный интеллект ( $U=622$ ;  $p<0,01$ ), понимание эмоций ( $U=669$ ;  $p<0,05$ ) и общий уровень эмоционального интеллекта ( $U=739,5$ ;  $p<0,05$ ) выше у тех, кто предпочитает закидывать левую ногу сверху. При сравнительном анализе

шкал опросника ЭМИн и уровня предпочитаемой стороны по ведущей руке, ноге, уху, глазу, а также по индивидуальному профилю функциональной асимметрии по Н-критерию Краскелла–Уоллиса значимые различия у студентов-юношей были выявлены только по ведущему уху. Высокий уровень контроля экспрессии ( $N=8,79$ ;  $p<0,05$ ), внутриличностного ЭИ ( $N=8,18$ ;  $p<0,05$ ) и управления эмоциями ( $N=8,12$ ;  $p<0,05$ ) был выявлен у тех, кто предпочитал абсолютно левую сторону (левое ухо). У тех, кто предпочитал преимущественно левую сторону, преимущественно правую и абсолютно правую, показатели по шкалам эмоционального интеллекта оказались значительно низкими и не сильно отличались друг от друга.

При проведении среди девушек сравнительного анализа показателей шкал опросника ЭМИн с каждой из 12 функциональных проб по критерию U Манна–Уитни были выявлены повышенные показатели по пробе «Подмигивание» и «Шепот» в понимании чужих эмоций ( $U=5773$ ;  $p<0,05$ ) и межличностном эмоциональном интеллекте ( $U=5981,5$ ;  $p<0,05$ ) у тех, кто предпочитал левый глаз и ухо при выполнении данных проб. По оставшимся моторным и сенсорным пробам значимых различий у девушек выявлено не было. У девушек при сравнении шкал опросника ЭМИн и уровня предпочитаемой стороны по ведущей руке, ноге, уху, глазу, а также по индивидуальному профилю функциональной асимметрии по критерию Н Краскелла–Уоллиса значимые различия были выявлены только по показателям моторной асимметрии. У предпочитающих в моторных пробах преимущественно правую сторону понимание чужих эмоций, понимание своих эмоций, внутриличностный эмоциональный интеллект, понимание эмоций, общий уровень эмоционального интеллекта выше, чем у остальных. При этом самые низкие показатели по данным компонентам были у тех, кто предпочитал преимущественно левую сторону, а также у студенток со смешанным предпочтением в моторных пробах.

**Заключение.** Мы можем заключить, что межличностный и общий эмоциональный интеллект у студентов-юношей тесно взаимосвязаны с нейрофизиологическими механизмами правого полушария, а внутриличностные компоненты эмоционального интеллекта в основном развиваются благодаря возможностям межполушарного взаимодействия функциональных центров обоих полушарий. У студентов-девушек доминирующую роль в развитии межличностных компонентов эмоционального интеллекта играют нейрофизиологические механизмы правого полушария. Однако внутриличностные компоненты эмоционального интеллекта и общий эмоциональный интеллект связаны с активностью функциональных центров в левом полушарии. Полученные данные можно объяснить межполовыми различиями и особенностями протекания психических процессов у мужчин и у женщин. Тем не менее не стоит исключать тот факт, что центры обоих полушарий в совокупности и единстве оказывают благоприятное влияние на развитие всех компонентов эмоционального интеллекта.

**Ключевые слова:** функциональная асимметрия, моторные пробы, сенсорные пробы, индивидуальный профиль функциональной асимметрии, эмоциональный интеллект.

## INFLUENCE OF FUNCTIONAL ASYMMETRY OF THE BRAIN ON THE COMPONENTS OF EMOTIONAL INTELLIGENCE

*Kalankhodjaeva K.B.*

National University of Uzbekistan named after Mirzo-Ulugbek (Tashkent)

**Keywords:** functional asymmetry, motor tests, sensory tests, individual profile of functional asymmetry, emotional intelligence.

**Сведения об авторе:**

Каланходжаева Камила Ботировна, докторант кафедры психологии Национального Университета Узбекистана имени Мирзо-Улугбека (Ташкент), k\_kamila@list.ru.

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ВЫСОКОГО ПОРЯДКА  
В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕТЯХ МОЗГА,  
ОБУСЛОВЛЕННЫЕ БОЛЬШИМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

*Куркин С.А., Смирнов Н.С., Паунова Р., Стоянов Д., Храмов А.Е.*

Балтийский федеральный университет им. И. Канта (Калининград)

Пловдивский медицинский университет (Болгария, Пловдив)

**Введение.** Анализ функциональных сетей открывает широкие возможности для понимания процессов, происходящих в мозге человека как в норме, так и при патологии. Например, различные психические расстройства характеризуются тонкими отклонениями от нормы функциональных связей на разных сетевых масштабах. Традиционно функциональные сети анализируются только на уровне парных взаимодействий. Однако такое упрощение не позволяет изучать одновременные взаимодействия нескольких областей мозга, характерные для сложных механизмов функционирования мозга. Применение методов анализа взаимодействий высокого порядка в сетях является более мощной и эффективной методикой. Одним из таких подходов является Q-анализ, который выявляет сильно связанные симплициальные комплексы на различных топологических уровнях  $q$ . Мы применили этот метод к функциональным сетям мозга, реконструированным на основе данных фМРТ в состоянии покоя здоровых людей и пациентов с большим депрессивным расстройством (БДР), чтобы выявить особенности взаимодействий высокого порядка в сети, связанные с БДР.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 164 человека: 94 из группы здорового контроля и 70 пациентов с БДР. фМРТ-сканирование проводилось на 3Тл МРТ-системе (GE Discovery 750w), объем мозга был разделен на 165 областей в соответствии с атласом AAL3. Для каждого участника были вычислены функциональные матрицы связности на основе данных фМРТ с использованием коэффициентов корреляции Пирсона между средними временными рядами BOLD для каждой из 165 областей мозга. Для коррекции множественных сравнений применялась поправка Бонферрони. В итоговую консенсусную сеть группы включались значимые связи ( $p$ -value < 0,05), присутствующие более чем у 95 % участников группы.

Использовались следующие метрики Q-анализа: первый структурный вектор (FSV, количество  $q$ -связанных компонент для каждого  $q$ ); второй структурный вектор (SSV, количество симплексов порядка  $q$  и выше); третий структурный вектор (TSV): отношение  $1 - FSV/SSV$ ; топологическая энтропия (вероятность участия узла в симплексе порядка  $q$ ); топологическая размерность (количество симплексов, в которых участвует узел). Для определения статистической значимости различий метрик проводился перестановочный тест с 10000 перестановками.

**Результаты.** Статистический тест выявил значимые различия между группами для нескольких метрик:

- FSV: значимые различия на уровнях  $q=9$  ( $p=0,0126$ ) и  $q=10$  ( $p=0,0081$ ). В контрольной группе на этих уровнях было 8 и 5 связанных компонент соответственно, в то время как в группе БДР не было ни одной.

- SSV: значимые различия на уровнях  $q=8$  ( $p=0,0452$ ),  $q=9$  ( $p=0,0065$ ) и  $q=10$  ( $p=0,0099$ ), с более высокими значениями в контрольной группе.

- TSV: значимые различия на уровнях  $q=1$  ( $p=0,0006$ ),  $q=7$  ( $p=0,0313$ ),  $q=8$  ( $p=0,0113$ ) и  $q=9$  ( $p=0,0317$ ), с более высокими значениями в контрольной группе.

- Топологическая размерность: значимые различия для узла Substantia Nigra (Pars Compacta) с  $p$ -value = 0,0105. В группе БДР этот узел участвовал в 3 симплексах, а в контрольной группе – в одном.

Наибольшие значения топологической размерности для группы БДР были у следующих узлов: Temporal Inf L, Postcentral L, Hippocampus R и др., а для контрольной группы – у Occipital Inf L, Temporal Inf L, Cerebellum 6 R и др.

Для интерпретации различий на уровнях  $q=9$  и  $q=10$  были визуализированы связанные компоненты на уровне  $q=8$  для обеих групп. В контрольной группе на этом уровне были выявлены основные компоненты, включающие узлы, такие как Calcarine, Cerebellum и другие. В группе БДР наблюдались узлы с гиперактивацией и гипоактивацией.

**Заключение.** Исследование выявило значительные различия в функциональных сетях мозга между группами здорового контроля и пациентов с большим депрессивным расстройством на основе метрик Q-анализа. В целом мы обнаружили, что у пациентов с БДР меньше взаимодействий высшего порядка между областями мозга, и эти связи слабее по сравнению с контрольной группой. Эти различия указывают на измененные взаимодействия высокого порядка в сетях мозга у пациентов с БДР, что может быть связано с патологическими изменениями, характерными для данного заболевания.

**Ключевые слова:** фМРТ, сетевой анализ, БДР, взаимодействия высокого порядка, Q-анализ.

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФ, проект № 23-71-30010.

## PECULIARITIES OF HIGHER-ORDER INTERACTIONS IN FUNCTIONAL BRAIN NETWORKS CAUSED BY MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

*Kurkin S.A., Smirnov N.M., Paunova R., Stoyanov D., Hramov A.E.*

Immanuel Kant Baltic Federal University (Kaliningrad)

Medical University Plovdiv (Bulgaria, Plovdiv)

**Keywords:** fMRI, network analysis, MDD, higher-order interactions, Q-analysis.

### Сведения об авторе:

Куркин Семен Андреевич, ведущий научный сотрудник Балтийского федерального университета им. И. Канта (Калининград), kurkinsa@gmail.com.

## ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ РЕЧИ У ПОДРОСТКА С ДЦП

*Меренков В.А.*

Сургутский государственный университет (Сургут)

**Введение.** Комплексное нарушение речи в форме дизартрии – частая составляющая клинической картины детского церебрального паралича (ДЦП), особенно при его спастической и гиперкинетической формах. Задача клинико-психологической работы в данной ситуации сопровождения – создать социальную ситуацию развития, которой активная речь выступала ведущим средством взаимоотношений ребенка с окружающими его людьми. В настоящем докладе мы представим опыт именно такой клинико-психологической работы с подростком с ДЦП, реализованной в 2020-2021 гг. в дистанционном формате.

**Материалы и методы.** Подопечная: девочка 13 лет, ДЦП, спастическая диплегия. Выраженная спастика мышц рук (в том числе в кистях), ног, спины, лица, девочка самостоятельно передвигается только на коляске с электроприводом, благодаря джостикю. Интеллект: в границах возрастной нормы. Речь: грубо нарушенная в форме спастической дизартрии, пассивный и активный словарь соответствует возрасту, при этом в активная речь ограничена из-за трудностей артикуляции. Семья полная, 4 человека, проживает в США. Подопечная учится в инклюзивном классе средней общеобразовательной школы при участии тьютора.

**Процедура и методы.** Занятия проводились онлайн в Skype, в режиме 1 раз в неделю (в связи с высокой загруженностью подопечной) в 18.00 по местному для подопечной времени (+10 к МСК). Центральным методом работы явилось комплексное культурно-деятельностное опосредствование произвольной речи ребенка. Основным методическим инструментом стала программа фонационного тренинга (В.Б. Хозиев) как формирующая процедура, включающая в себя работу с отдельными звуками, словами и фразами, интонацией, ритмом речи и т.п.

**Результаты.** Работа с подопечной проводилась около года. Исходный запрос мамы – психологическая работа с дочерью, так как «изменился характер, стала вредничать, ничего не хочет делать (в плане реабилитации – В.М.)». Кроме школы, девочка занимается с русскоязычными логопедом и дефектологом, инструктором ЛФК. После первого общения с ребенком было принято решение развернуть клинико-психологическую работу вокруг содержательной и интонационной сторон речи, дополнительно включая различные развивающие аспекты. Конкретно – занимались развитием речи через общение и культуру: активный диалог, совместное чтение стихов, пение песен, обсуждение различных тем. По структуре занятие состояло из 5 этапов: приветственный диалог, разминка (дыхание, артикуляционная гимнастика, «игра» звуками), чтение детских стишков и скороговорок (на ритм речи), чтение классических стихотворений, завершающая релаксация. В начале работы у подопечной проявился ряд трудностей: скованность дыхания во время речи, из-за спастичности губ и языка были труднодоступны соответствующие звуки преимущественно в контексте речи, по отдельности большая часть (кроме переднеязычных) проговаривалась. Сама речь по динамике была ограничена вплоть до произнесения слова по слогам с придохом.

На протяжении и к завершению работы у подопечной отметились две группы значимых результатов – речевых и психологических. В числе речевых: удлинение речевого выдоха в пропевании звуков с 3 до 10 секунд, в фразе до трех двух-трехслоговых слов (например, «я

ходила гулять» без паузы), присвоения как средства ритмизации речи кивания головой, удержания ритма детского стихотворения «Кошкин дом».

В числе психологических результатов ведущим, отмеченным мамой подопечной, явилась мотивация к проговариванию задуманной фразы до конца. Приводим отзыв мамы из переписки в Skype через 5 месяцев работы: «По изменениям. Л. (имя изменено – В.М.) стала больше говорить, когда у неё есть желание поговорить. Больше слов использует. И дольше говорит, т.е. дольше поддерживает беседу. Более настойчиво повторяет свои фразы и более настойчива в попытках поговорить. Иногда чётче говорит, иногда нет, тут стабильности нет. ... В целом неплохо я считаю. Более того, она именно после общения с вами более уверенно себя чувствует и не боится говорить и повторять свою мысль».

**Заключение.** Клинико-психологическое сопровождение развития речи у ребенка с ДЦП в дистанционном формате представляется вполне возможным при соблюдении ряда условий: возраст ребенка (в более раннем возрасте потребовалось бы активное участие мамы), интеллектуальная сохранность, четкое понимание структуры наблюдаемых нарушений для более точного позиционирования своего профессионального участия. Для нас значимым аспектом также является принципиальное применение в занятии культурного арсенала, что делает его не коррекционным, а подлинно развивающим.

**Ключевые слова:** дизартрия, церебральный паралич, спастичность, опосредствование, культура, развитие.

## THE EXPERIENCE OF DISTANCE CLINICAL-PSYCHOLOGICAL WORK ON SPEECH DEVELOPMENT IN A TEENAGER WITH CEREBRAL PALSY

*Merenkov V.A.*

Surgut State University (Surgut)

**Keywords:** dysarthria, cerebral palsy, spasticity, provision of tools, culture, development.

### **Сведения об авторе:**

Меренков Валерий Александрович, клинический психолог, старший преподаватель кафедры психологии Сургутского государственного университета (Сургут), merenkov\_va@surgu.ru.

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19 РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

*Рагозинская В.Г.*

Челябинский государственный университет (Челябинск)

**Введение.** Вирус SARS-CoV-2 обладает высоким нейроинвазивным потенциалом и способен вызывать прямое и опосредованное поражение головного мозга, приводящее к широкому спектру нейрокогнитивных изменений, которые нередко сохраняются после острой фазы заболевания. Вместе с тем нарушения мозговых механизмов высших психических функций (ВПФ) после перенесенного COVID-19 изучены недостаточно.

Цель исследования: выявить нейропсихологические особенности лиц, перенесших COVID-19 различной степени тяжести.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 200 студентов и сотрудников высших учебных заведений в возрасте от 19 до 44 лет. Среди обследованных: 65 человек не болели COVID-19 (группа 1), 76 человек перенесли легкую форму COVID-19 (группа 2), 48 человек – среднетяжелую форму COVID-19 (группа 3), 11 человек – тяжелую форму COVID-19 (группа 4). От всех получено информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Обследование лиц, перенесших COVID-19, проводили через 3 месяца после выздоровления. В исследовании применялись клиническая беседа, наблюдение, нейропсихологические пробы, критерий  $\phi^*$  Фишера.

**Результаты.** Нарушения ВПФ выявлены у 52,59 % обследованных лиц, перенесших COVID-19 разной степени тяжести, и у 21,54 % обследованных лиц, не болевших COVID-19. Эти различия являются статистически значимыми ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=4,365$ ;  $p \leq 0,01$ ).

При этом наиболее часто встречались нарушения нейродинамических компонентов психической деятельности: замедление и неравномерность темпа деятельности, латенция включения в деятельность, сужение объема всех видов психической деятельности, истощаемость, снижение работоспособности, колебания продуктивности, снижение активного внимания, «застывание» на отдельных фрагментах заданий, негрубые и нестойкие нарушения памяти по модально-неспецифическому типу (в виде снижения продуктивности воспроизведения, нарушения порядка воспроизведения, конфабуляций, «краевых эффектов», проявлявшихся главным образом в звене отсроченного воспроизведения). Эти нарушения связаны со снижением активности срединных неспецифических структур мозга преимущественно диэнцефального и стволового уровня. Частота встречаемости данных нарушений в группе 1 была значимо ниже, чем в группе 2 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=1,687$ ;  $p \leq 0,05$ ), группе 3 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=2,943$ ;  $p \leq 0,01$ ) и группе 4 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=3,607$ ;  $p \leq 0,01$ ), а в группе 4 – значимо выше, чем в группе 2 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=2,762$ ;  $p \leq 0,01$ ) и группе 3 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=1,843$ ;  $p \leq 0,05$ ). Между группами 2 и 3 значимых различий не выявлено ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=1,492$ ;  $p > 0,05$ ).

Второе место по частоте встречаемости занимали негрубые нарушения регуляторных компонентов психической деятельности: тенденция к сокращению ориентировочного этапа деятельности, нерезкое снижение произвольного контроля за деятельностью, трудности в реализации программ, снижение регулирующей роли речи. Эти проявления связаны с дисфункцией префронтальных отделов коры головного мозга. Частота встречаемости данных нарушений в группе 4 была значимо выше, чем в группе 1 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=3$ ;  $p \leq 0,01$ ) и группе 2 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=2,285$ ;  $p \leq 0,05$ ), а в группе 3 – значимо выше, чем в группе 1 ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=2,333$ ;  $p \leq 0,01$ ). Частота встречаемости этих проявлений в группах 3 и 4 значимо не различалась ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=1,597$ ;  $p > 0,05$ ).

Кроме того, у ряда участников групп 3 и 4 имели место негрубые нарушения операциональных компонентов психической деятельности, указывающие на вовлечение в патологический процесс различных зон височных, теменных и затылочных областей коры левого и правого полушария: нестойкие и обратимые дисфазические проявления с лабильными парафазиями, нарушением номинации, отдельными случаями отчуждения смысла слова, нарушения динамического праксиса и пространственной организации движений, расстройства «схемы тела». Частота их встречаемости в группах 3 и 4 значимо не различалась ( $\phi^*_{\text{эмп.}}=0,888$ ;  $p > 0,05$ ). В группах 1 и 2 подобных нарушений не отмечалось.

**Заключение.** Нарушения ВПФ выявлены у 52,59 % обследованных лиц, перенесших COVID-19 различной степени тяжести. Во всех случаях имел место нейродинамический де-

фицит психической деятельности, степень выраженности которого сопоставима со степенью тяжести перенесенной коронавирусной инфекции. При более тяжелых формах COVID-19 наряду с этим отмечались негрубые нарушения регуляторных и операциональных компонентов психической деятельности. Полученные данные указывают на необходимость своевременного вмешательства для устранения постковидных когнитивных нарушений.

**Ключевые слова:** COVID-19; когнитивные нарушения; постковидный синдром; нейропсихологическое обследование.

## NEUROPSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF COVID-19 WITH VARIABLE DEGREES OF SEVERITY

*Ragozinskaya V.G.*

Chelyabinsk State University (Chelyabinsk)

**Keywords:** COVID-19; cognitive impairment; long-term COVID; neuropsychological assessment.

### **Сведения об авторе:**

Рагозинская Валерия Германовна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры специальной и клинической психологии Челябинского государственного университета (Челябинск), [sunny\\_song@mail.ru](mailto:sunny_song@mail.ru).

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НЕГЛЕКТОМ С СОХРАННЫМИ И НАРУШЕННЫМИ РЕГУЛЯТОРНЫМИ ФУНКЦИЯМИ

*Русских О.А., Ковязина М.С.*

ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница № 4» (Пермь)

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»

Министерства здравоохранения Российской Федерации (Пермь)

ГБУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (Пермь)

ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (Москва)

ФГБНУ «Научный центр неврологии» (Москва)

**Введение.** В реабилитации пациентов после поражений головного мозга различной этиологии часто приходится сталкиваться с наличием у них неглекта, который нередко сочетается с нарушениями регуляторных функций, что осложняет функционирование пациента и сдерживает весь процесс реабилитации.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 329 пациентов с диагностированным неглектом. Средний возраст пациентов составил 64 года. Среди обследуемых было 79 (24 %) женщин и 250 (76 %) мужчин. После удаления новообразований головного мозга было 4 (1,2 %) человека, последствия черепно-мозговой травмы имели 2 (0,6 %) человека, у одного (0,3 %) пациента нарушения были вследствие менингоэнцефалита. Основную часть выборки 322 (97,9 %) человека составили пациенты с последствиями инсультов (разных видов). Все пациенты находились на первом и втором этапах медицинской реабилитации в ГАУЗ ПК «ГКБ № 4» города Перми.

Методы: наблюдение; беседа с пациентом, медицинскими работниками, с ближайшим окружением пациента (по возможности); нейропсихологическое обследование высших психических функций; проба Тойбера; тест рисования часов; тест Альберта; методика дихотического прослушивания; Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA); батарея лобной дисфункции (FAB); Международная классификация функционирования (МКФ).

**Результаты.** Были выделены две группы: первую составили 196 (60 %) пациентов, имеющих кроме неглекта нарушение регуляторных функций разной степени выраженности, вторую – 133 (40 %) пациента с неглектом, не имеющие нарушений регуляторных функций. В обеих группах в основном диагностировались полимодальные проявления неглекта: 179 (91,3 %) человек в группе с нарушением регуляторных функций и 104 (78,2 %) человека в группе без нарушений регуляторных функций. Среди изолированных видов неглекта (наиболее влияющих на функционирование пациентов) в группе с нарушением регуляторных функций мономодальный зрительный неглект встречался у 3 (1,5 %) пациентов, только моторный неглект диагностировался у 14 (7,2 %) человек. В группе пациентов без регуляторных нарушений мономодальный зрительный неглект был характерен для 6 (4,5 %) пациентов, только моторный неглект встречался у 23 (17,3%). Стоит отметить, что в группе пациентов с нарушением регуляторных функций 19 (9,7 %) человек имели правосторонний неглект, в группе с сохраненными регуляторными функциями правосторонний неглект был диагностирован у 3 (2,2%) пациентов. Таким образом, из 22 человек с правосторонним неглектом 86 % пациентов имели дизрегуляторный синдром.

Сравнение результатов первичной нейропсихологической диагностики в обеих группах проводилось с использованием U-критерия Манна–Уитни, в результате были получены статистически значимые различия по следующим шкалам: по тесту рисования часов ( $p=0$ ); по тесту Альберта ( $p=0$ ); по Монреальской шкале оценки когнитивных функций ( $p=0$ ); по батарее лобной дисфункции ( $p=0$ ). Различия также были выявлены в таких доменах МКФ: b144 функции памяти ( $p=0$ ), b140 функции внимания ( $p=0$ ), b156 функции восприятия ( $p=0$ ), b172 функции вычисления ( $p=0$ ), b760 контроль произвольных двигательных функций ( $p=0$ ).

В динамике было отмечено нарастание неглекта в процессе курса реабилитации у 3 (1,5%) пациентов с нарушением регуляторных функций и 2 (1,5 %) пациентов, не имеющих регуляторных нарушений, полный регресс неглекта достигнут у 3 (1,5 %) пациентов с нарушением регуляторных функций и у 4 (3 %) человек с сохраненными регуляторными функциями. Дискуссионным был момент, связанный с обнаружением неглекта при проведении повторной нейропсихологической диагностики (в остром периоде) и не диагностируемом при первичном обследовании. Данный феномен был выявлен у 5 (2,5 %) человек в группе пациентов, имеющих кроме неглекта нарушения регуляторных функций, и у 2 (1,5 %) в группе пациентов без нарушения регуляторных функций.

Таким образом, полученные данные говорят о проявлении у пациентов как различных видов неглекта, так и о сочетании неглекта с другими когнитивными нарушениями, частыми из которых являются нарушения регуляторных функций. Сочетание неглекта с нарушениями регуляторных функций характерно для большей части пациентов (86 %) с правосторонним неглектом (при повреждении левой гемисферы). Имеются различия в выраженности нейропсихологических симптомов у пациентов с неглектом в сочетании с нарушением регуляторных процессов и без них. Имеющиеся вопросы по диагностике и динамике данного синдрома требуют дальнейших исследований.

**Ключевые слова:** неглект, регуляторные функции, когнитивные нарушения, нейропсихологическая диагностика.

## CHARACTERISTICS OF NEGLECT PATIENTS WITH PRESERVED AND IMPAIRED REGULATORY FUNCTIONS

*Russkikh O.A., Kovyazina M.S.*

SAHI PK «City Clinical Hospital № 4» (Perm)  
FSBEI HE «State Medical University of Perm named after academician E. A. Wagner»  
of Ministry of Health of the Russian Federation (Perm)  
GBI PK «The center of complex rehabilitation of invalids» (Perm)  
FSBEI HE Moscow State University named after M.V. Lomonosov (Moscow)  
FSBSI «Scientific Center of Neurology» (Moscow)

**Keywords:** neglect, regulatory functions, cognitive impairment, neuropsychological diagnostics.

### Сведения об авторах:

Русских Ольга Александровна, медицинский психолог Государственного автономного учреждения здравоохранения Пермского края «Городская клиническая больница № 4» (Пермь); преподаватель кафедры психиатрии наркологии и медицинской психологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Пермь), методист (ведущий психолог) Государственного бюджетного учреждения Пермского края «Центр комплексной реабилитации инвалидов» (Пермь), [OlgaRusskikh2304@mail.ru](mailto:OlgaRusskikh2304@mail.ru).

Ковязина Мария Станиславовна, доктор психологических наук, член-корреспондент РАО, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (Москва); старший научный сотрудник, медицинский психолог Института нейрореабилитации и восстановительных технологий Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр неврологии» (Москва), [kms130766@mail.ru](mailto:kms130766@mail.ru).

## О ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОЙ ВАЛИДАЦИИ ШКАЛ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

*Стоянов Д., Стоянова К.*

Медицинский университет г. Пловдива, Болгария

**Введение.** Существует пропасть между конструктами и тестами клинической психологии и психиатрии с соответствующими нейробиологическими показателями, т.н. Explanatory gap (Стоянов, Макамер, Шаффнер, 2013). В психобиологической теории личности было установлено, что в основе сложных черт личности лежат генетические конфигурации и конфигурации нейровизуализации (Cloninger, 1993; Cloninger, 2013). Однако существует ограниченное количество трансляционных исследований, позволяющих связать биомаркеры, зависящие от состояния, с диагностическими шкалами, направленными на оценку состояния.

Помимо некоторых незначительных теоретических достижений (Den Boer, 2008), наша группа разработала программу смены парадигмы, чтобы пересмотреть валидность и процедуры валидации в психиатрии и психическом здоровье с точки зрения инструментальной валидности (Стоянов, Боргвардт, Варга, 2014). В качестве метода, зависящего от состояния, в серии более ранних экспериментов мы использовали параноидно-депрессивную шкалу самооценки фон Церсена, чтобы установить конвергентную и дивергентную достоверность между депрессивными, параноидными и нейтральными вопросами во время исследования фМРТ в группах пациентов с шизофренией, большим депрессивным эпизодом и здоровыми контролями. При групповом независимом компонентном анализе выявлены функциональные сети головного мозга, обрабатывающие преимущественно вопросы диагностических субшкал в разных группах.

**Материалы и методы.** В качестве независимого от состояния метода (state-independent, trait) мы использовали тест типа личности Лоуэна и его корреляты на уровне связи нелинейных сетей мозга.

**Результаты.** С помощью анализа главных компонентов мы смогли установить, что существуют определенные макротипы личности, происходящие из шизоидных, ригидных, мазохистских, оральных и психопатичных черт и паттернов связанности мозга в состоянии покоя, измеряемых силой узлов, и коэффициентом кластеризации. Комбинация изображений мозга и оценок личности оказалась суммой показателей, которые дополняют друг друга.

**Заключение.** Методы, основанные на чертах и состояниях, способствуют внешней проверке психометрических инструментов и таким образом пересмотру методов и показателей с обеих сторон: функциональной нейровизуализации и психологической диагностики.

**Ключевые слова:** валидизация, шкала депрессии, анализ главных компонент.

## ON THE POSSIBILITY OF TRANS-DISCIPLINARY VALIDATION OF STATE AND TRAIT DIAGNOSTIC TOOLS IN CLINICAL PSYCHOLOGY

*Drozdstoy Stoyanov and Kristina Stoyanova*

Medical University, Plovdiv

**Keywords:** validation, depression scale, principal component analysis.

### **Сведения об авторе:**

Дроздстой С. Стоянов, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии, ученый секретарь Научно-исследовательского института Медицинского университета Пловдива, Болгария.

## НАРУШЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ СЕГРЕГАЦИИ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СЕТИ МОЗГА ПРИ БОЛЬШОМ ДЕПРЕССИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ:

### ФМРТ-ИССЛЕДОВАНИЕ

*Храмов А.Е., Куркин С.А., Хорев В.С., Златева Г., Паунова Р.,  
Кандиларова С., Маэс М., Стоянов Д.*

Балтийский федеральный университет им. И. Канта (Калининград)  
Пловдивский медицинский университет (Болгария, Пловдив)

В данном исследовании изучается функциональная сеть мозга при большом депрессивном расстройстве (БДР) с использованием теории сетей и консенсусного сетевого подхода.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 164 человека, в том числе 94 человека без известных психиатрических заболеваний (группа здорового контроля) и 70 пациентов с большим депрессивным расстройством (группа БДР). МРТ-сканирование проводилось на 3Тл МРТ-системе (GE Discovery 750w). Объем мозга был разделен на 165 областей в соответствии с анатомическим атласом AAL3. Для оценки связей между всеми парами областей мозга мы вычисляли средние временные ряды BOLD для каждой из 165 зон мозга и оценивали коэффициенты корреляции Пирсона для всех пар усредненных сигналов. Для уменьшения межсубъектной вариабельности мы использовали концепцию консенсусной сети. Основная идея построения консенсусной сети заключается в выявлении общих связей, наблюдаемых в большинстве сетей в каждой группе.

**Результаты.** На макроскопическом уровне мы обнаружили значимые различия в показателях связности, таких как сила узлов и коэффициент кластеризации, причем у здоровых людей они были выше. Это соответствует нарушениям в функциональной сегрегации сетей мозга у пациентов с большим депрессивным расстройством. Анализ консенсус-сетей показал, что у здоровых людей преобладали центральная исполнительная сеть и сеть определения значимости, в то время как у пациентов с депрессией наблюдалась большая активация сети пассивного режима работы мозга. Не было обнаружено различий в показателях эффективности сетей, что указывает на сопоставимые уровни интеграции сетей мозга у групп здоровых людей и пациентов с большим депрессивным расстройством. Важно отметить, что коэффициент кластеризации оказался эффективным диагностическим биомаркером депрессии, обладающим высокой чувствительностью (~90 %), специфичностью (~92 %) и общей точностью (~90 %). Данные показатели классификации были получены с использованием классификатора на основе LDA. Дальнейший анализ на мезомасштабном уровне выявил общие и уникальные функциональные связи, отличающие здоровую группу контроля от группы с большим депрессивным расстройством. Наши результаты подчеркивают важность анализа функциональных сетей. Можно сделать вывод, что анализ сети сначала на макромасштабном уровне, а затем переход к более детальному анализу на мезомасштабном уровне позволяет эффективно преодолеть основные проблемы, возникающие при работе с функциональными сетями – большую межсубъектную вариабельность и проблему множественных сравнений на сетевом уровне.

**Заключение.** Наше исследование вносит вклад в растущее число доказательств потенциальной возможности разработки надежных диагностических, дифференциально-диагностических и терапевтических биомаркеров на основе сетевых показателей, полученных в результате анализа функциональной связности фМРТ в состоянии покоя. Полученные результаты свидетельствуют о том, что подход, основанный на диагностике макроскопических

сетевых мер, оцениваемых по консенсусной сети, может быть весьма эффективным для выявления особенностей организации функциональных сетей мозга при различных психических заболеваниях и может служить эффективным методом поиска сетевых биомаркеров заболеваний мозга. Для пациентов с БДР мы показали, что коэффициент кластеризации может быть такой показательной мерой, поскольку его использование позволяет достичь высокой точности классификации.

**Ключевые слова:** фМРТ, сетевой анализ, консенсусные сети, БДР, здоровый контроль, классификация

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 23-71-30010.

## DISRUPTIONS IN SEGREGATION MECHANISMS IN THE FUNCTIONAL BRAIN NETWORK IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER: FMRI STUDY

*Hramov A.E., Kurkin S.A., Khorev V.S., Zlateva G., Paunova R.,*

*Kandilarova S., Maes M., Stoyanov D.*

Immanuel Kant Baltic Federal University (Kaliningrad)

Medical University Plovdiv (Bulgaria, Plovdiv)

**Keywords:** fMRI, network analysis, consensus networks, MDD, healthy controls, classification.

### Сведения об авторе:

Храмов Александр Евгеньевич, главный научный сотрудник Балтийского федерального университета им. И. Канта (Калининград), hramovae@gmail.com.

## НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

*Шидловский В.А., Смочилин А.Г., Хромов А.А., Яковлев А.А.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Рассеянный склероз (РС) – это социально значимое хроническое прогрессирующее аутоиммунно-воспалительное и нейродегенеративное заболевание, характеризующееся образованием множественных очагов поражения преимущественно в белом веществе центральной нервной системы и прогрессированием очаговой и диффузной атрофии мозга. Клиническая картина заболевания характеризуется прежде всего многоочаговой неврологической симптоматикой, однако помимо неврологического дефицита у пациентов в подавляющем большинстве случаев выявляются нейропсихологические нарушения, что существенно определяет качество их жизни и эффективность патогенетического лечения. В настоящее время актуальна разработка немедикаментозных методов психокоррекции помимо суггестивных методов.

**Материалы и методы.** Нами были оценены 15 пациентов в возрасте от 28 до 45 лет, с баллом EDSS (расширенная шкала инвалидизации при рассеянном склерозе) от 2 до 6,5 баллов с диагнозом рассеянный склероз, достоверным по критериям McDonald (2017).

В батарею обследования пациентов были включены следующие шкалы и опросники: таблицы Шульте, МоСА, шкала памяти Векслера, корректурная проба, HADS. Пациентам с уровнем тревожности по шкале HADS 11 баллов и выше был проведен курс ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС) с помощью 70-миллиметровой катушки в форме восьмерки, подключенной к магнитному стимулятору (Neuro-MSX, Россия). Курс терапии включал в себя 10 процедур низкочастотной рТМС в область дорсолатеральной префронтальной коры (длПФК) с 2-х сторон в режиме 5 дней в неделю с интервалом отдыха в два выходных дня, сначала правая сторона, а затем левая сторона. Участок длПФК был определен по моторному ответу на 5 см впереди по парасагиттальной линии от зоны, где при магнитной стимуляции достигалось максимальное сокращение мышцы, отводящей большой палец (*m. abductor pollicis brevis*). Параметры рТМС: 1 Гц, стимуляция 10 с, межимпульсный интервал 2 с, 75 повторов, всего по 750 импульсов с каждой стороны, 80 % от порога моторного ответа.

**Результаты.** Согласно проведенному тестированию пациентов были получены следующие результаты: 1) скорость психомоторного темпа у 20 % низкая, 27 % средняя, 53 % высокая; равномерность психомоторного темпа у 60 % неравномерная, 40 % равномерная; 2) психическая истощаемость у 7 % умеренная, 20 % легкая, у 73 % не выявлена; 3) внимание: у 53 % внимание неустойчиво, у 47 % устойчиво, концентрация у 27 % снижена, у 73 % сохранна; 4) зрительная память у 20 % снижена, у 80 % сохранна; 5) эквивалентный показатель памяти у 13 % расстройства умеренной степени выраженности, у 20 % легкой, у 67 % норма. Оценка по МоСА у 13 % не норма, у 87 % норма. Оценка по HADS: у 20 % выявлена клинически выраженная тревога. У 20 % пациентов была выявлена клинически выраженная депрессия. Таким образом, на первый план в структуре нейропсихологических нарушений у обследуемых с РС выступают неустойчивость психомоторного темпа и внимания, при относительной сохранности остальных оцененных когнитивных функций. Эмоционально-волевой компонент обследованных характеризуется малой распространенностью выраженной тревоги и депрессии. После проведения курса рТМС пациенты были повторно протестированы по шкале HADS. Выявлено снижение уровня тревоги в среднем на 3 балла. Осложнений и/или побочных эффектов при проведении процедур рТМС зафиксировано не было.

**Заключение.** Среди пациентов с РС нейропсихологические нарушения являются важной проблемой, значительно влияющей на качество жизни, во многом определяющей реабилитационный потенциал, а также эффективность патогенетической терапии. Все пациенты с РС нуждаются в динамическом контроле выраженности нейропсихологических нарушений на основе комплексного нейропсихологического тестирования с оценкой эмоционально-волевой и когнитивной сферы. Необходимость коррекции нейропсихологических нарушений должна быть приоритетной задачей в реабилитации наравне с коррекцией неврологического дефицита. Наш опыт применения рТМС показывает определенную эффективность и безопасность данного метода для немедикаментозной коррекции тревоги у больных с РС.

**Ключевые слова:** нейрореабилитация, рассеянный склероз, тревога, транскраниальная магнитная стимуляция.

## NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

*Shidlovsky VA, Smochilin AG, Chromov AA, Yakovlev AA.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (St. Petersburg)

**Keywords:** neurorehabilitation, multiple sclerosis, anxiety, transcranial magnetic stimulation.

### **Сведения об авторе:**

Шидловский Виктор Александрович, врач-невролог неврологического отделения №2 клиники НИИ неврологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург), shidlovek@mail.ru

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ВЕРБАЛЬНОЙ ПАМЯТИ В МОДЕЛИРОВАННОЙ МУЗЫКОБОГАЩЕННОЙ СРЕДЕ

*Шипкова К.М.*

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии  
им. В.П. Сербского (Москва)

**Введение.** Нарушения вербальной памяти являются часто встречающимися когнитивными расстройствами в неврологической и психиатрической практике. Достижение полного восстановления памяти наблюдается в небольшом проценте случаев, поэтому разработка научно-обоснованных подходов к преодолению мнестического дефицита является актуальным направлением нейропсихологических исследований. Несмотря на имеющийся опыт применения сенсорно-обогащенных сред в нейропсихологической реабилитации нерешенными вопросами остаются определение методологии, принципов и алгоритма их моделирования. Ответы на эти вопросы способствуют разработке более эффективных научно-обоснованных методических подходов к восстановлению функциональных и органических когнитивных нарушений.

**Цель исследования.** Сравнительная оценка динамики восстановления нарушения словесной памяти у больных в моделированной музыкаобогащенной среде и при традиционном подходе к реабилитации мнестических расстройств.

**Материал.** 40 больных-правшей со средней и легкой степенью дефицита словесной памяти в результате травматического и сосудистого поражения левого полушария мозга: основная группа – 14 человек (54,71±6,88 лет), контрольная группа – 26 человек (55,12±6,74 лет). Давность нарушений памяти: основная группа – 14,00±6,46 мес., контрольная – 14,54±7,54 мес. Контрольная группа проходила традиционный курс реабилитации, направленный на преодоление номинативного дефицита. Основная группа в дополнение к традиционному курсу проходила когнитивную реабилитацию в моделированной музыкаобогащенной среде.

**Методы.** Моделирование сенсорной среды строилось с учетом разработанных алгоритма, принципов и методов (Шипкова, 2023, 2024). В методическом комплексе учитывалось, что лад музыки у не музыкантов активизирует различные корково-подкорковые структуры (Herholz et al., 2012): мажорный – височные отделы правого полушария, нейтральный – островковую долю, минорный – подкорковые ядра (Altenmüller et al., 2013; Carvalho et al., 2013). Принималось во внимание влияние длительности музыкального воздействия на нейропла-

стичность (Habibi et al., 2018) и редукцию когнитивных нарушений (Moreno-Morales et al., 2020). Методики сенсорной стимуляции последовательно активировали мозговые структуры правого и левого полушарий, участвующие в норме в процессах речевой коммуникации. Оценка динамики восстановления памяти осуществлялась по схеме «test-retest» через 5 недель после 1-го замера. Учитывались показатели устной речи и продуктивность свободных ассоциаций.

**Результаты.** В обеих группах увеличился объем активного предметного ( $t=0,58$ ,  $p>0,05$ ) и глагольного словаря ( $t=0,23$ ,  $p>0,05$ ), повысилась продуктивность свободных ассоциаций ( $t=0,54$ ,  $p>0,05$ ). При этом в основной группе, в сравнении с контрольной, отмечался более высокий темп регресса нарушений и более широкий спектр параметров речи, обнаруживших положительную динамику. Повысилась развернутость, лексическая наполненность монологической речи ( $t=3,22$ ,  $p=0,007$ ). Данные подтверждают положительное воздействие музыкальной стимуляции на процессы адаптивности и пластичности нейрональной мозговой основы мнестической функции.

**Заключение.** Биполушарная активизация мозговых структур, в том числе межмодальных внутри- и межполушарных связей, моделируемых музыкалобогащенной средой, способствует повышению темпа регресса нарушений памяти и позволяет повысить эффективность нейроккогнитивных реабилитационных программ.

**Ключевые слова:** вербальная память, когнитивные нарушения, музыкалобогащенная среда, нейропсихологическая реабилитация.

## VERBAL MEMORY IMPAIRMENT RECOVERY IN A MODELLING MUSIC-ENRICHED ENVIRONMENT

*Shipkova K.M.*

V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (Moscow)

**Keywords:** verbal memory, cognitive impairment, music-enriched environment, neuropsychological rehabilitation.

### **Сведения об авторе:**

Шипкова Каринэ Маратовна, кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник лаборатории психогигиены и психопрофилактики Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Москва), [karina.shipkova@gmail.com](mailto:karina.shipkova@gmail.com).

## ОКУЛЯРНЫЙ МИКРОТРЕМОР ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

*Шошина И.И., Моритц А.А., Косикова А.В., Федорова А.С., Карлова А.В.,  
Ляпунов И.С., Ляпунов С.И.*

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)  
Институт общей физики им. А.М. Прохорова РАН (Москва)

**Введение.** Возрастающий интерес к нарушениям зрения при различных психических расстройствах связан с тем, что они являются потенциальным биомаркером объективации

психического состояния. Окулярный микротремор (ОМТ) относится к категории произвольных фиксационных движений глаз. Средняя частота ОМТ 87 Гц, амплитуда – 20-40 угл/с. Активный интерес к природе и функциям ОМТ наблюдался еще в 60-е годы XX века, когда была показана взаимосвязь окулярного микротремора и остроты зрения. При стабилизации изображения относительно сетчатки острота зрения падала. Отсутствие технической возможности бесконтактной регистрации ОМТ ограничило практическое использование регистрации ОМТ. В настоящее время регистрация ОМТ находит применение в медицине как метод оценки глубины анестезии и прогнозирования выхода из комы, так как управляется ядрами ретикулярной формации ствола головного мозга.

Развитие оптики и появление модели треморного модуляционного сигнала, сформулированной в недавнем времени С.И. Ляпуновым, способствовало разработке системы видеорегистрации ОМТ. Согласно модели, ОМТ обеспечивает суммацию возбуждения в пределах рецептивных полей и определяет контрастную чувствительность зрительной системы, в первую очередь в высокочастотной части спектра изображения. Треморный сигнал может существовать бесконечно долго на границе перепада яркости, что определяет его роль в обеспечении мозга информацией в момент фиксации на объекте и не наступление ощущения темноты.

По данным литературы, сниженная частота ОМТ, по сравнению со здоровым контролем, наблюдается у пациентов с рассеянным склерозом и болезнью Паркинсона. Данные о параметрах ОМТ при психопатологии в литературе отсутствуют, тогда как нарушение афферентного контроля при шизофрении связывают с изменением состояния ретикулярной активирующей системы.

**Цель исследования** – изучение особенностей окулярного микротремора при расстройствах шизофренического спектра.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 13 человек условно здорового контроля (29,6±10,6 лет), 15 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (33±9,6 лет), 13 больных шизоаффективным расстройством (25,5±6,3 лет) и 6 пациентов с диагнозом шизотипическое расстройство личности (28,0±6,4 года). За день до проведения исследования участников просили не употреблять алкоголь, в день проведения исследования – не употреблять кофеин и воздержаться от курения.

ОМТ фиксировали методом высокоскоростной видеорегистрации с помощью оригинальной оптической установки. Статистический анализ данных осуществляли с использованием многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) и U-критерия Манна–Уитни пакета IBM SPSS Statistics 26.

**Результаты.** Средние значения частоты ОМТ были значимо ниже у больных шизофренией, по сравнению с условно здоровым контролем, тогда как средние значения амплитуды ОМТ были значимо выше, чем в норме. Анализ спектра ОМТ свидетельствует о значимом снижении при шизофрении частоты ОМТ в диапазоне 70-110 Гц и повышении амплитуды ОМТ во всем спектре частот. Детальный анализ частотного спектра микротремора глаз показал, что при шизофрении более выражена частота ОМТ в диапазоне 60-70 Гц, по сравнению с контрольной группой.

ОМТ пациентов с шизотипической и шизоаффективной симптоматикой была ниже, чем в группе здорового контроля, в диапазоне частоты микротремора 55-70 Гц. Между собой пациенты различались по амплитуде тремора в частотном диапазоне 70-110 Гц, соответствующем синхронизирующей гамма-активности.

**Заключение.** Наблюдаемые характеристики рассматриваются нами как свидетельства изменения активности ретикулярной формации ствола головного мозга при расстройствах шизофренического спектра. Показатели ОМТ могут рассматриваться как потенциальные маркеры мониторинга функционального состояния центральной нервной системы и сенсорно-когнитивных функций при расстройствах шизофренического спектра, что требует дальнейших исследований и накопления экспериментальных данных.

**Ключевые слова:** окулярный микротремор (ОМТ), шизофрения, шизоаффективное расстройство, шизотипическое расстройство, расстройства шизофренического спектра.

**Благодарность.** Исследование выполнено при поддержке РФФИ (проект № 24-25-00494).

## **OCULAR MICROTREMORS IN SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS: A PILOT STUDY**

*Shoshina I.I., Moritz A.A., Kosikova A.V., Fedorova A.S., Karlova A.V.,  
Lyapunov I.S., Lyapunov S.I.*

St. Petersburg State University (St. Petersburg)  
Prokhorov General Physics Institute, RAS (Moscow)

**Keywords:** ocular microtremor (OMT), schizophrenia, schizoaffective disorder, schizotypal disorder, schizophrenia spectrum disorders.

### **Сведения об авторах:**

Шошина Ирина Ивановна, доктор биологических наук, профессор Института когнитивных исследований, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), [shoshinai@mail.ru](mailto:shoshinai@mail.ru).

Моритц Арслан Ахмедович, инженер-исследователь, Институт когнитивных исследований, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург).

Косикова Алиса Вадимовна, аспирант, Институт когнитивных исследований, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), [alisa\\_kosikov@mail.ru](mailto:alisa_kosikov@mail.ru).

Федорова Анна Сергеевна, студент, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), [fedorovaa160@gmail.com](mailto:fedorovaa160@gmail.com).

Карлова Алиса Викторовна, студент, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург), [lessik\\_2002@mail.ru](mailto:lessik_2002@mail.ru).

Ляпунов Иван Сергеевич, младший научный сотрудник, Институт общей физики им. А.М. Прохорова, РАН (Москва), [dront78@gmail.com](mailto:dront78@gmail.com).

Ляпунов Сергей Иванович, старший научный сотрудник, Институт общей физики им. А.М. Прохорова, РАН (Москва), [dc.cetsil@gmail.com](mailto:dc.cetsil@gmail.com).

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Абрамов С.В., Игумнов С.А.*

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии  
им. В.П. Сербского» (Москва)

Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)

**Введение.** Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) используются более 40 лет, но их эффективность остается невысокой (в России в 2020 г. из 138 120 начатых циклов беременность наступила в 39 743 случаях, а роды – в 28 511 случаях). Ряд исследований показывают, что использование психотерапии повышает эффективность ВРТ и снижает количество негативных последствий, но в реальной клинической практике зачастую не учитывается высокий уровень стресса при ВРТ, особенно повторных процедурах, и сопровождающие бесплодие чувства потери, гнева, горя, грусти, стыда, самообвинения и другие негативные эмоции, что требует психотерапевтической подготовки к процедуре и сопровождения во время беременности.

**Материалы и методы:** систематизированы и проанализированы научные публикации библиографических баз PubMed и РИНЦ, касающиеся психотерапии при ВРТ.

**Результаты.** В результате организованной школы здоровья с групповой, психообразовательной работой и кататимно-имагинативным подходом в 2,5 раза сократилось количество преждевременных родов, в 4 раза увеличилось число женщин, окончивших курс лечения (у 79,5 % достигнута повторная беременность). В исследовании психокоррекцию проводил врач-психотерапевт с использованием психообразования, эриксоновского гипноза и рациональной терапии с прояснением ожиданий и убеждений. В результате достоверно снижался уровень кортизола плазмы крови, восприимчивость к стрессу, улучшалась социальная адаптация, повышались возможности наступления желаемой беременности.

**Выводы.** 1. Эмоциональное состояние женщин с бесплодием, которые повторно вступают в протокол ЭКО, ухудшается, уровень тревоги увеличивается и требует психотерапии. 2. КПТ, психологическая поддержка и сопровождение при использовании ВРТ вызывают достоверное снижение тревожности. Запатентована методика гипносуггестивной психотерапии, проводимой на фоне дезадаптивного психоэмоционального состояния с сопровождением вербального внушения и полимодальными воздействиями световыми, цветовыми, звуковыми стимулами. Сеанс формируют из рациональной, трансовой и суггестивной части, заканчивают физической релаксацией. В психотерапевтическом лечении участвовали 390 женщин с диагнозом «бесплодие», 116 из которых забеременели после курса психотерапии, т.е. эффективность заявленного способа достигает 30 %. Индивидуальные, парные и групповые психологические вмешательства имеют сходный терапевтический эффект и повышают частоту наступления беременности на 14 % по сравнению с контролем.

Неотъемлемым компонентом успешности ВРТ является коррекция образа жизни – согласно метаанализу 2023 года, рациональная физическая нагрузка, диета, психологические

консультации привели к снижению веса, уменьшению окружности талии, ИМТ. Продемонстрировано увеличение частоты овуляций (в 11 раз) и рост уровень секссвязывающего глобулина.

**Заключение.** Исследования, проводимые в области немедикаментозных вмешательств при ВРТ, достаточно трудно систематизировать из-за различного дизайна и материала. Но очевидно, что мероприятия, направленные на психообразование, снижение тревоги и стресса у пар, вступающих в программы, могут существенно повлиять на рост завершенных циклов ВРТ при минимальной экономической нагрузке, особенно при использовании групповых методик.

**Ключевые слова:** вспомогательные репродуктивные технологии, тревога, стресс, психотерапия.

## PSYCHOTHERAPY AND ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

*Abramov S.V., Igumnov S.A.*

V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology  
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow; Russia  
State Institution «Republican Scientific and Practical Center of Mental Health»,  
Minsk, Republic of Belarus

**Keywords:** assisted reproductive technologies, anxiety, stress, psychotherapy.

### Сведения об авторах:

Абрамов Сергей Владимирович, преподаватель учебно-методического отдела  
[asw2000@rambler.ru](mailto:asw2000@rambler.ru).

Игумнов Сергей Александрович, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник  
[sa.igumnov@gmail.com](mailto:sa.igumnov@gmail.com).

## НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ ЖЕНЩИН С АНОРЕКСИЕЙ

*Абросимов И.Н., Сирота Н.А., Канатбек кызы А., Майская И.А.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва)

**Введение.** По статистике до 5 % подростков и молодых женщин по всему миру страдают от расстройств пищевого поведения. Клинический опыт, а также данные эмпирических исследований указывают на ключевую роль в формировании различных форм расстройств пищевого поведения неблагоприятного детского опыта и ранней травматизации в детско-родительских и других значимых отношениях. Схема-терапия является психотерапевтическим методом с научно-доказанной эффективностью в помощи людям с расстройствами пищевого поведения. С точки зрения данного подхода эти расстройства обусловлены формированием специфических ранних дезадаптивных схем вследствие неблагоприятного детского опыта, влияющих на качество жизни и психическое благополучие в зрелом возрасте (Фресвейк М.В. и др., 2022).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 87 женщин. В экспериментальную группу вошли 47 женщин с расстройством пищевого поведения (F50.0 «Нервная анорексия») в возрасте от 14 до 18 лет. Контрольную группу составили 40 женщин в возрасте от 14 до 22 лет, не имеющие признаков расстройств пищевого поведения. База исследования – Центр изучения расстройств пищевого поведения (ЦИРПП), г. Москва. Применяли психодиагностические методики: 1. Международный опросник негативного детского опыта (Катан Е.А., 2019). 2. Диагностика ранних дезадаптивных схем (Касьяник П.М., Романова Е.В., 2013).

**Результаты.** Согласно результатам сравнительного исследования неблагоприятного детского опыта обнаружены статистически значимые различия между контрольной и экспериментальной группами. У женщин с нервной анорексией уровень негативного детского опыта более выражен, чем у пациентов без диагноза (норма –  $0,69 \pm 1,14$ ; анорексия –  $1,85 \pm 1,53$ ,  $p=0,01$ ). К негативному детскому опыту, обобщая полученные данные, можно отнести два основных фактора: фрустрация потребностей ребенка и травматизация/виктимизация через эмоциональное и физическое пренебрежение и насилие. Также были получены множественные статистически значимые различия почти по всем изучаемым ранним дезадаптивным схемам с тенденцией преобладания их в группе женщин с анорексией. К схемам, показатели которых имеют значимые различия между экспериментальной и контрольной группами и показавшим наиболее высокие значения, относятся: «Недоверие/ожидание жестокого обращения» (норма –  $14,55 \pm 6,81$ ; анорексия –  $18,67 \pm 8,03$ ,  $p=0,02$ ), «Социальная отчужденность» (норма –  $13,83 \pm 7,89$ ; анорексия –  $17,61 \pm 7,68$ ,  $p=0,02$ ), «Дефективность/стыдливость» (норма –  $10,98 \pm 6,74$ ; анорексия –  $17,26 \pm 9,30$ ,  $p=0,01$ ), «Покорность» (норма –  $12,17 \pm 4,81$ ; анорексия –  $17,30 \pm 6,53$ ,  $p=0,01$ ), «Подавленность эмоций» (норма –  $13,26 \pm 5,91$ ; анорексия –  $17,02 \pm 7,06$ ,  $p=0,01$ ), «Жесткие стандарты/придирчивость» (норма –  $0,69 \pm 1,14$ ; анорексия –  $1,85 \pm 1,53$ ,  $p=0,01$ ), «Недостаточность самоконтроля» (норма –  $15,0 \pm 5,15$ ; анорексия –  $18,15 \pm 7,31$ ,  $p=0,04$ ), «Поиск одобрения» (норма –  $15,73 \pm 5,76$ ; анорексия –  $21,07 \pm 6,63$ ,  $p=0,01$ ). Полученные результаты указывают на преобладание таких личностных особенностей женщин с анорексией, как постоянное чувство одиночества, отсутствие эмоциональной стабильности, чувство изоляции от внешнего мира, недоверие к миру. Их может преследовать чувство собственной неполноценности, беспомощности, излишне жестокое обращение к себе и самокритика, концентрация на негативных эмоциях или же их подавление. Наличие данных ранних дезадаптивных схем указывает на неудовлетворение базовых потребностей в детском возрасте как фактор возникновения и развития расстройств пищевого поведения.

**Заключение.** Женщины с анорексией чаще отмечают у себя неблагоприятный детский опыт в виде пренебрежения потребностей и проявления физического и эмоционального насилия. Это в свою очередь способствует формированию у них ранних дезадаптивных схем, искажающих восприятие образа себя, других и проявляющихся в ригидных паттернах поведения и эмоционального реагирования. Полученные данные могут учитываться при проведении психодиагностической, психокоррекционной и реабилитационной работы с женщинами, имеющими расстройства пищевого поведения.

**Ключевые слова:** анорексия, неблагоприятный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы.

## ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN WOMEN WITH ANOREXIA

*Kanatbek kyzy A., Maiskaya I.A., Abrosimov I.N.*

Russian University of Medicine (Moscow)

**Keywords:** anorexia, adverse childhood experiences, early maladaptive schemas.

### **Сведения об авторе:**

Абросимов Илья Николаевич, к.пс.н., доцент, доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых Московского института психоанализа (Москва), [i.abrosimov@bk.ru](mailto:i.abrosimov@bk.ru).

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

*Брагина Н.В.*

Ростовский государственный медицинский университет (Ростов-на-Дону)

**Введение.** В настоящее время отмечается рост количества обращений пациентов с проблемами расстройств пищевого поведения. Телесная психотерапия представляет собой набор разноформатных техник и стратегий для лечения психосоматических заболеваний посредством работы с телом с помощью анализа телесных и эмоциональных переживаний и высвобождения заблокированных глубинных чувств через двигательно-мышечное отреагирование и вербализацию.

Основным принципом телесно-ориентированной психотерапии является интегративный, «целостный» взгляд на человека, позволяющий рассматривать психосоматические нарушения расстройств пищевого поведения во взаимосвязях: мозг, психика, тело. Для пациентов с пищевыми нарушениями характерно: низкая телесная осознанность, проявляющаяся в слабом навыке понимания телесных реакций и ощущений, мыслительная направленность внимания, выраженное хроническое нервно-мышечное напряжение и отсутствие навыков эмоциональной регуляции. Непосредственно через анализ телесных ощущений, минуя ментальные и психические защиты, можно обнаружить ряд бессознательных когнитивных установок, которые являются причинами деструктивного пищевого поведения. Ссылаясь на поливагальную теорию Стивена Порджерса, работа проводится с помощью специальных дыхательных упражнений, направленных на тренировку и расслабление блуждающего нерва, играющего важную роль в работе пищеварительного тракта. Еще одним этапом психотерапевтической работы является обучение пациента здоровому контакту со своим телом, который заключается в ощущении истинных сигналов своего тела и его потребностей. Регулируя баланс телесной, эмоциональной и когнитивной сфер, у пациента формируется телесно-чувственное проживание как навык присутствия в настоящем моменте, или «майндфулнесс».

**Заключение.** В заключение следует отметить, что направление телесно-ориентированной психотерапии, по нашим наблюдениям, способствует улучшению психоэмоциональных характеристик у пациентов с расстройствами пищевого поведения, развитию адаптивных стратегий пищевого поведения и навыков телесной осознанности, что приводит к устойчивым изменениям и улучшению качества жизни.

**Ключевые слова:** телесно-ориентированная психотерапия, расстройства пищевого поведения, психологическая коррекция, клиническая психология.

## THE PRACTICE OF BODY-ORIENTED PSYCHOTHERAPY IN THE CORRECTION OF EATING DISORDERS

*Bragina N.V.*

Rostov State Medical University (Rostov-on-Don)

**Keywords:** body-oriented psychotherapy, eating disorders, psychological correction, clinical psychology.

### **Сведения об авторе:**

Брагина Наталья Валерьевна, преподаватель кафедры общей и клинической психологии Ростовского государственного медицинского университета (Ростов-на-Дону), клинический психолог, [89289604203@mail.ru](mailto:89289604203@mail.ru).

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ – ОСНОВА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

*Браженко О.Н., Милютин К.В., Чухнова Д.Ю.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** В настоящее время туберкулёз всё еще остается одной из важнейших проблем не только здравоохранения, но и общества в целом. Несмотря на имеющиеся успехи, эффективность противотуберкулезной терапии остается на достаточно низком уровне. Одной из нерешенных проблем является приверженность больных лечению. Отрицание болезни больным, отсутствие понимания необходимости лечения, недостаточная осведомленность больных о данном заболевании приводят к нарушению приёма противотуберкулезных препаратов. Одним из методов повышения приверженности лечению является психологическая поддержка больных туберкулёзом, однако единого подхода к психологическому сопровождению до настоящего времени нет.

**Материалы и методы.** Изучение данных литературы и собственные наблюдения при работе с пациентами противотуберкулезных диспансеров и стационаров.

**Результаты.** Важно отметить, что средний возраст больных туберкулёзом находится в диапазоне 32-47 лет с преобладанием лиц мужского пола. Это люди трудоспособного возраста в расцвете своей трудовой деятельности. При оценке уровня образования было выявлено, что 64 % больных имеют среднее или среднеспециальное образование и только 10 % – высшее образование. Официальное трудоустройство имеют около 49 % больных, до 38 % получают пенсию по инвалидности. Остальные же больные не имеют официального трудового оформления, вследствие этого у них отсутствуют выплаты пособий по временной утрате трудоспособности, что ведет к избеганию обращения за медицинской помощью, так как данные больные испытывают страх потери источника дохода.

Одними из принципов лечения туберкулёза являются длительность и непрерывность. У больных туберкулёзом легких в основном отсутствуют острые клинические симптомы, что

значительно снижает оценку больным серьезности и опасности своего заболевания. Длительное нахождение в стационаре и отсутствие быстрых значимых улучшений самочувствия заставляют больного сомневаться в диагнозе и необходимости лечения. Безусловно, все больные имеют свои психологические особенности личности, так и отношение к болезни у каждого индивидуальное. Среди больных туберкулезом чаще встречались эйфорический, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни. Важной чертой, объединяющей данные типы, является уход от болезни, её избегание или пренебрежение, а это в свою очередь напрямую влияет на снижение приверженности лечению. Помимо этого, диагноз туберкулёз является психологически травматичным, так как больные желают скрыть наличие заболевания, испытывают чувство безнадежности, страх стигматизации. Для улучшения медицинского воздействия больным необходимо психологическое сопровождение, основными направлениями которого будут являться беседы с больным для разъяснения опасности заболевания и необходимости лечения, работа с тревожными ощущениями и развитие у пациентов самомотивации.

**Заключение.** Несомненно, существует проблема психосоциальной ориентированности больных туберкулёзом. Психологическое сопровождение позволит выявить и по возможности скорректировать психологический статус и отношение больного к болезни, тем самым удастся повысить приверженность лечению и увеличить его эффективность.

**Ключевые слова:** психологическая поддержка, туберкулез, приверженность лечению.

## **PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR TUBERCULOSIS PATIENTS – BASIS FOR INCREASING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT**

*Brazhenko O.N., Milyutina K.V., Chukhnova D.Yu.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg

**Keywords:** psychological support, tuberculosis, commitment to treatment.

### **Сведения об авторах:**

Браженко Ольга Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [spbmubrazhenko@mail.ru](mailto:spbmubrazhenko@mail.ru).

Милютинa Кристина Владиславовна, ординатор кафедры социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [kristina\\_milyutina97@mail.ru](mailto:kristina_milyutina97@mail.ru);

Чухнова Дарья Юрьевна, ординатор кафедры социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [dusyache@gmail.com](mailto:dusyache@gmail.com).

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И СТИЛИ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Бузина Т.С., Абдуллаева А.С.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва)

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России (Астрахань)

**Введение.** Гипертоническая болезнь (ГБ) является наиболее распространённым и опасным заболеванием (Hypertensive diseases в рубрике МКБ-10 (I10-I15) и Hypertensive diseases в рубрике МКБ-11 (BA00-BA04)) в Российской Федерации, поскольку от нее все больше страдают люди трудоспособного возраста (МКБ-10, МКБ-11). В рекомендациях 2007 года Европейского общества по артериальной гипертензии (ESH) и Европейского общества кардиологов (ESC) под приверженностью к терапии понимается уровень следования медицинскому назначению и медицинским рекомендациям с целью изменения образа жизни, приема лекарственных препаратов, постоянное посещение врача (Mancia G. et al., 2008). Имеются данные о вкладе психологических факторов в приверженность лечению ГБ. В работе Е.В. Слободяниновой с соавт. показано, что среди больных ГБ 2 стадии низкая приверженность к терапии наблюдается при средних значениях личностной тревожности и сангвиническим типом темперамента. Исследования показывают, что приверженность к терапии больных ГБ может быть прогнозируемой, ее можно изменять и корригировать (Костина Л.А. и др., 2021; Алексанин С.С., 2020).

**Материалы и методы.** Больные гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, принявшие участие в нашем исследовании, проходили стационарное лечение в частном учреждении здравоохранения «Медико-санитарная часть» г. Астрахани и состояли под наблюдением у кардиологов и терапевтов, что подтверждается первичной медицинской документацией. Эмпирическое исследование проведено медицинскими психологами в январе-марте 2024 г. Представлены эмпирические данные по 70 больным гипертонической болезнью 2 и 3 стадии, входящие в регистр на территории Астраханской области, на момент включения в исследование, средний возраст пациентов  $45 \pm 7,4$  лет. В качестве статистических методов были использованы: дескриптивная статистика и корреляционный анализ с использованием критерия ранговой корреляции Ч. Спирмена с помощью компьютерной программы Статистика 10.

**Результаты.** В результате исследования у больных ГБ был выявлен низкий уровень общей приверженности к лечению (44,4), что означает низкую вовлеченность выполнения больным рекомендаций врача в отношении приема лекарственных препаратов, соблюдения диеты и других мер, направленных на изменение образа жизни. Кроме того, у больных гипертонической болезнью зафиксированы низкие показатели приверженности и к лекарственной терапии (45,88), и медицинскому сопровождению (47,30), а также к изменению образа жизни больных ГБ (42,92), что означает, что пациенты, проходящие стационарное лечение, медицинские рекомендации и основанные на них действия выполнять не будут или скорее не будут.

По опроснику «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова) выявлен средний уровень саморегуляции (30,85) у пациентов с ГБ. Самые низкие показатели получены по шкале «Моделирование» (3,02).

Провели корреляционный анализ по критерию Ч. Спирмена между приверженностью к лечению и «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова) и получили следующие результаты (таблица).

Таблица

**Взаимосвязь приверженностью к лечению у больных гипертонической болезнью с показателями опросника «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова)**

Показатели	Приверженность к терапии	Приверженность к медицинскому сопровождению	Приверженность к изменению образа жизни	Уровень значимости, р
Общий уровень саморегуляции	0,539	0,102	0,480	$P \leq 0,05$
Моделирование	0,104	0,506	0,467	$P \leq 0,05$
Планирование	0,046	0,223	0,349	$P \leq 0,05$
Программирование	0,074	0,218	0,130	$P \leq 0,05$
Оценивание результатов	0,016	0,140	0,130	$P \leq 0,05$

Получена корреляционная связь ( $r=0,539$ ,  $p \leq 0,05$ ) между приверженностью к лечению и общим уровнем саморегуляции, т.е. высокой приверженности лечению соответствует высокая сформированность индивидуальной системы осознанной саморегуляции произвольной активности человека.

Установлена взаимосвязь ( $r=0,539$ ,  $p \leq 0,05$ ) между приверженностью к лечению и значениями шкалы «Моделирование», а также между приверженностью к изменению образа жизни и шкалой «Моделирование» ( $r=0,480$ ,  $p > 0,05$ ).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты с ГБ обладают низкой приверженностью к медикаментозной терапии, не соблюдают постоянный прием лекарственных препаратов, у них отмечается низкая приверженность к изменению образа жизни, т.е. они не готовы соблюдать ограничения, касающихся образа жизни, менять привычный стиль жизни и поведения. Пациенты отмечали, что «трудно отказаться от вредных привычек, изменить привычный стиль питания».

**Заключение.** Полученные результаты указывают на необходимость психологической работы с пациентами с ГБ по повышению приверженности к терапии гипертонической болезни. Среди мишеней психокоррекционной работы можно выделить необходимость развития у пациентов рефлексии своих навыков планирования, регулирования факторов и организации процессов жизнедеятельности, в том числе и мероприятий по достижению здорового образа жизни.

**Ключевые слова:** приверженность к терапии; артериальное давление; гипертоническая болезнь; приверженность к изменению образа жизни; количественная оценка; опросник оценки приверженности к лечению.

## ADHERENCE TO THERAPY AND STYLES OF SELF-REGULATION OF BEHAVIOR IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

*Buzina T.S. (Moscow), Abdullaeva A.S. (Astrakhan)*

**Keywords:** adherence to therapy; blood pressure; hypertension; adherence to lifestyle changes; quantitative assessment; questionnaire for assessing adherence to treatment.

### **Сведения об авторах:**

Бузина Татьяна Сергеевна, доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей психологии, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва). ORCID: <https://ORCID.org/HNQ-7192-2023>, [tbuzina@gmail.com](mailto:tbuzina@gmail.com);

Абдуллаева Алия Салаватовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последиplomного образования, ФГБОУ ВО «Астраханский ГМУ» Минздрава России (Астрахань). ORCID ID: [0000-0002-6534-7035](https://orcid.org/0000-0002-6534-7035), [alya\\_kubekova@mail.ru](mailto:alya_kubekova@mail.ru).

## НОНКОМПЛАЕНС И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

*Василенко Т.Д., Смирнов Н.В.*

Курский государственный медицинский университет (Курск)

**Введение.** Внедрение в клиническую практику химиотерапии выявило особый вид поведенческих реакций пациентов – несоблюдение ими врачебных рекомендаций, так называемую низкую приверженность лечению, или нонкомплаенс, ставший сегодня глобальной терапевтической проблемой, ведущей к снижению эффективности лечения и разрушению доверительных отношений между врачом и пациентом. Особенно актуальна проблема нонкомплаенса среди больных туберкулезом легких, получающих длительную химиотерапию. Медицинский контроль приема химиопрепаратов и особые способы организации лечения сегодня малоэффективны. Целесообразным становится выявление психологических особенностей пациентов, демонстрирующих нонкомплаентное поведение. Целью данного исследования стало установление связи нонкомплаенса с личностными особенностями пациентов, получающих длительное медикаментозное лечение по поводу впервые выявленного туберкулеза легких. Основными задачами исследования выступили: изучение личностных особенностей больных туберкулезом легких, исследование нонкомплаентности у больных туберкулезом легких, выявление взаимосвязи между личностными особенностями больных туберкулезом легких и их нонкомплаентным поведением.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курский Областной клинический противотуберкулезный диспансер». В исследовании приняли участие 62 пациента мужского пола. Пациенты были обследованы с использованием методик оценки уровня комплаенса, тестирования самочувствия, активности, настроения, диагностики показателей и форм агрессии, копинг-механизмов, уровня субъективного контроля и теста жизнестойкости.

**Результаты.** В результате изучения уровня комплаенса у больных инфильтративным туберкулезом легких, давших согласие на проведение исследования, не имеющих других за-

болеваний и закончивших фазу интенсивной терапии к 2-3-мес. от начала лечения, выборка была разделена на 3 подгруппы по уровню комплаенса. Из 62 больных низкий уровень комплаенса был обнаружен у 35,4 % (22 чел. – 1-я подгруппа), средний уровень – у 46,7 % (29 чел. – 2 подгруппа) и высокий уровень у 19,3 % (12 чел. – 3 подгруппа). Для статистической обработки данных был использован непараметрический H критерий Kruskal–Wallis. Расчеты проводили в статистическом пакете STATISTICA 8.0

Были выявлены различия в исследуемых группах по таким шкалам, как «самочувствие» ( $p=0,0022$ ), «настроение» ( $p=0,0161$ ).

По результатам проведения методики диагностики показателей и форм агрессии (А. Басс, А. Дарки) получены значимые различия по шкалам «агрессивность» ( $p=0,0111$ ), «физическая агрессия» ( $p=0,0255$ ) и «вербальная агрессия» ( $p=0,0103$ ), «раздражение» ( $p=0,0033$ ), «враждебность» ( $p=0,0010$ ), «обида» ( $p=0,0089$ ) и «подозрительность» ( $p=0,0069$ ).

С помощью методики диагностики копинг-механизмов (Р. Лазарус) различия обнаружены по шкалам «дистанцирование» ( $p=0,0078$ ), «самоконтроль» ( $p=0,0013$ ), «планирование решения» ( $p=0,0009$ ) и «положительная переоценка» ( $p=0,0085$ ). Статистически значимые различия обнаружены по шкалам «конфронтация» ( $p=0,0195$ ), «бегство-избегание» ( $p=0,0166$ ).

«Уровень субъективного контроля» (Дж. Роттер) различия обнаружены по шкалам «общая интернальность» ( $p=0,0098$ ) и «интернальность в отношении здоровья и болезни» ( $p=0,0009$ ).

По результатам методики «Тест жизнестойкости» высоко значимые различия обнаружены по шкалам «жизнестойкость» ( $p=0,0001$ ), «контроль» ( $p=0,0061$ ) и «принятие риска» ( $p=0,0047$ ).

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что у больных с нонкомплаентностью типично разрешение проблемы за счет реагирования по типу уклонения, отрицания проблемы, не всегда целенаправленной поведенческой активности, снижения субъективной значимости и осуществления неадекватных действий. Им свойственно проявлять раздражение в ходе обсуждения с врачом плана предстоящего лечения, неуживчивость с соседями по палате, что требовало их перевода в другое отделение, грубость в общении с медсестрами. Также для пациентов с низким уровнем комплаенса (нонкомплаентностью) характерны недоверие к проводимому лечению, жалобы в вышестоящие органы, нежелание встречаться с родственниками, просьбы о замене лечащего врача.

В то же время при высоком комплаенсе пациенты стремятся преодолеть негативные переживания, связанные с болезнью, за счет самообладания, контроля поведения и эмоций.

**Ключевые слова:** коммуникация, комплаенс, внутренняя картина болезни, туберкулез, химиотерапия, нонкомплаенс, личностные особенности.

## NON-COMPLIANCE AND PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS RECEIVING ANTI-TUBERCULOSIS TREATMENT

*Vasilenko T.D. Smirnov N.V.*

Kursk State Medical University (Kursk)

**Keywords:** communication, compliance, internal picture of the disease, tuberculosis, chemotherapy, non-compliance, personal characteristics.

**Сведения об авторах:**

Василенко Татьяна Дмитриевна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета (Курск, Россия), [tvasilenko@yandex.ru](mailto:tvasilenko@yandex.ru).

Смирнов Николай Валерьевич, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета (Курск, Россия), [smirnov-nikv@yandex.ru](mailto:smirnov-nikv@yandex.ru).

**РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ  
В ПРОФИЛАКТИКЕ ЛАКТАЦИОННЫХ МАСТИТОВ**

*Васина А.Н.*

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова (Москва)

**Введение.** Работа по профилактике мастита ранее проводилась только исходя из физиологических факторов. Наше исследование выявило, что в этой работе надо учитывать и психологические факторы.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью поддержания психического благополучия родильницы, влияющего на благополучие ребенка. Мастит может быть одним из факторов, препятствующих психологическому комфорту родильницы. Изучение психологических факторов возникновения маститов позволит выявить, какая психологическая помощь необходима женщине с маститом.

В исследовании изучали два психологических фактора, способствующих возникновению мастита: забота о себе и социальная ситуация развития (ССР).

**Материалы и методы.** В работе участвовали 100 женщин на сроке 1,5 месяца после родов: женщины в послеродовом периоде с нормальным его протеканием и с маститами. Договоренность об исследовании на сроке 1,5 месяца после родов осуществлялась в роддоме г. Люберцы. *Основную группу* исследуемых составили 50 женщин с маститом. У большинства мастит начинался в конце 2-й недели и в течение 3-й недели после родов. В *контрольную группу* вошли 50 женщин в послеродовом периоде с нормальным его протеканием, т.е. не имеющие осложнений в послеродовом периоде, в т.ч. и депрессии.

Применялись две методики, разработанные самостоятельно: анкета для женщин в послеродовом периоде и анкета по определению отношения к груди, а также критерий Манна–Уитни, критерий хи-квадрат, критерий Крускала–Уоллиса, точный критерий Фишера. Использовалась программа Statistica 6.0.

**Результаты.** Было показано, что ССР в послеродовом периоде женщин с маститами характеризуется дефицитом поддерживающих отношений со стороны их мужей и матерей. Так, получение поддержки от матерей в этом периоде отметили 36 % женщин с маститами и 82 % женщин группы «норма» ( $p < 0,05$ ).

ССР в детстве женщин с маститами характеризуется недостаточностью телесного контакта матерей с дочерьми и недостаточностью заботы матерей о телесных функциях дочерей. Так, 80 % женщин группы «норма» на вопрос о том, «часто ли целовала, обнимала Вас ваша мама в детстве», ответили «часто»; среди женщин с маститами таких – 12 % ( $p < 0,05$ ). Также матери женщин с маститами, в отличие от матерей женщин группы «норма», реже давали

советы дочерям по уходу за своим телом. Так, только 34 % женщин с маститами отметили, что их матери делали это часто, по сравнению с 66 % женщин группы «норма» ( $p < 0,05$ ) и т.д.

При изучении недостаточности заботы о себе как возможного фактора возникновения мастита показано, что для женщин с маститами по сравнению с женщинами группы «норма» характерна неполная освоенность социокультурных навыков заботы о собственном теле. Это проявляется в неполной сформированности, в частности, навыков содержания тела в комфорте и чистоте, ношения и подбора красивых, комфортных вещей и т.д. Такая неполная освоенность навыков заботы о себе проявляется у женщин, у которых в послеродовом периоде возникает мастит, с детства. Женщины, у которых после родов возникает мастит, меньше заботятся о своем теле, в первую очередь – о груди, по сравнению с женщинами группы «норма». Так, только 25 % женщин с маститами знали во время беременности, какие средства по уходу за грудью необходимо применять на протяжении перинатального периода, в группе «норма» – 74 % ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** По результатам исследования были получены следующие выводы:

1. Совокупность психологических факторов (социальная ситуация развития, недостаточность заботы о себе и т.д.) вносит существенный вклад в возникновение мастита у женщин в послеродовом периоде наряду с первостепенной ролью физиологических факторов в возникновении данного заболевания.

2. Социальная ситуация развития женщин с маститами в послеродовом периоде отличается от социальной ситуации развития женщин с нормальным протеканием послеродового периода как в преморбиде (недостаточность телесного контакта и заботы о теле со стороны матери и т.д.), так и в послеродовом периоде (дефицит поддерживающих отношений со стороны матери и мужа, дефицит заботы матери о теле женщины и т.д.).

3. Особенности заботы о себе у женщин с маститами в послеродовом периоде отличаются от таковых у женщин с нормальным протеканием послеродового периода как в преморбиде (дефицит навыков заботы о себе и т.д.), так и в послеродовом периоде (недостаточность заботы о собственном теле и т.д.).

Таким образом, психологическая работа с женщинами с риском возникновения маститов должна быть направлена на развитие умений обращаться за поддержкой к окружающим и осуществлять заботу о себе.

**Ключевые слова:** лактационный мастит; послеродовой период; социальная ситуация развития.

## THE ROLE OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE PREVENTION OF LACTATIONAL MASTITIS

*Vasina A.N.*

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow)

**Keywords:** lactational mastitis; post-natal; social situation of development.

### **Сведения об авторе:**

Васина Александра Николаевна, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Москва), [vsnssh2@mail.ru](mailto:vsnssh2@mail.ru).

## СИМБИОЗ ВЫЖИВАНИЯ: НАЛИЧИЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ТАБАКОКУРЕНИЯ

*Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Вольхина Д.М.*

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»  
Министерства здравоохранения Республики Беларусь (Минск)

**Введение.** На данный момент существует большое количество исследований, относящихся к теме зависимости от табакокурения. Однако не все из них углубляются в анализ копинг-стратегий при табачной зависимости. «Копинг-стратегии – это действия, призванные защитить человека от стрессовой ситуации или снизить ее воздействие на психику». Впервые термин был использован в 1962 году психологом Луис Мерфи. «Копинг» использовался для обозначения у детей способов борьбы со стрессом. После в своей работе «Психологический стресс и процесс совладания» термин использует Ричард Лазарус (Лазарус, 1984). С психологической точки зрения стрессом можно называть реакции организма на внешние или внутренние угрозы, вызывающие чувство напряжения, беспокойства или дискомфорта. Психологический стресс может быть вызван различными факторами, такими как изменения в окружающей среде, конфликты, переживание травмы, неопределенность или перегрузка информацией. Также стресс можно рассматривать как результат недостаточности ресурсов у человека для эффективной адаптации к ситуации.

Всего выделяют два типа копинг-стратегий: проблемно-ориентированные и эмоционально-ориентированные.

К проблемно-ориентированным копинг-стратегиям относятся:

– **Поиск информации и планирование действий.** Этот тип копинга связан со стремлением к получению дополнительной информации о проблеме и разработке плана действий для её решения.

– **Активное преодоление трудностей.** Человек, прибегающий к этой стратегии, не надеется, что проблема решится сама по себе, а активно ищет возможности для её преодоления. Активное участие помогает почувствовать себя более уверенно и контролирующе.

– **Пересмотр целей или планирование с целью достижения успеха в стрессовой ситуации.** Это может включать в себя пересмотр планов, перенос сроков или перераспределение ресурсов.

– **Социальная поддержка.** Эта стратегия предполагает обращение за помощью, советом или экспертным мнением к близким, друзьям или коллегам.

– **Переоценка событий в более благоприятном свете.** Взгляд на ситуацию с другой стороны может помочь найти новые, более эффективные способы её решения.

К эмоционально-ориентированным копинг-стратегиям относятся:

– **Выражение эмоций.** Иногда для снятия стресса необходимо выразить свои эмоции, поговорить о проблеме, выплакаться или погромче высказаться.

– **Дистанцирование.** Это поможет снизить важность проблемы. Например, можно попытаться найти положительные моменты в ситуации или переключиться на другую задачу. Если ситуация не является критической, её решение можно отложить на время.

– **Использование юмора.** Попытка пошутить над ситуацией.

– **Расслабление.** К этому способу относятся различные техники релаксации, такие как глубокое дыхание, медитация, йога и другие методы отдыха (Плахова, 2021).

Как показывают исследования, преобладание той или иной копинг-стратегии зависит также от социокультурного контекста лица, зависимого от табака, и в некоторой степени от пола испытуемого (Афанасьев, 2019).

С психологической точки зрения, человек может впасть в зависимость из-за ряда факторов, включая стремление к уменьшению психологического дискомфорта или страдания. Например, некоторые люди могут использовать вещества или поведение, такие как курение, чтобы справляться со стрессом, тревогой или депрессией. Зависимость может также быть связана с психологической потребностью в удовлетворении, контроле или избегании неприятных эмоциональных состояний. Также важными факторами могут быть наследственные предрасположенности, окружение, социокультурные влияния и сниженный уровень жизнестойкости (Леонова, 2017).

Изучение копинг-стратегий в лечении табакозависимости имеет решающее значение по нескольким причинам.

1. Понимание справочных механизмов. Изучение копинг-стратегий помогает понять, как зависимые от табака люди справляются с негативными эмоциями и стрессом без прибегания к курению. Это позволяет разработать индивидуализированные планы лечения, включающие эффективные стратегии справления.

2. Замена негативных стратегий. Люди, зависимые от табака, часто используют негативные копинг-стратегии, такие как уход в курение, во время стресса или тревоги. Изучение альтернативных, более здоровых стратегий справления помогает заменить эти вредные привычки и снизить риск рецидива после прекращения курения.

3. Укрепление ресурсов. Изучение копинг-стратегий усиливает психологические ресурсы пациентов, помогая им развить адаптивные способы справления со стрессом и трудностями без использования табака. Это повышает шансы на успешное завершение лечения и предотвращает возвращение к курению в будущем (Кубекова, 2019).

Таким образом, изучение копинг-стратегий играет важную роль в мультимодальном подходе к лечению табакозависимости, способствуя развитию адаптивных навыков справления и повышению эффективности терапии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ способов реагирования на возникающие повседневные стрессы у лиц, зависимых от табака. Анализ проводился посредством методик: «Тест Хейма» – для выявления копинг-стратегий в стрессовой ситуации. «Тест Лазаруса» – для выявления преобладающих копинг-стратегий.

**Результаты.** Выборка лиц, имеющих зависимость от табака, составила 40 человек, 19 женщин и 21 мужчина. Средний возраст лиц, имеющих зависимость от табака, – 19,9 лет. 2 человека являются служащими, 24 – имеют полное среднее образование и являются учащимися высших учебных заведений, 8 – являются безработными, 5 – рабочими, 1 – предпринимателем.

По результатам анализа копинг-стратегий в стрессовой ситуации лиц с синдромом зависимости от табака посредством «Тест Хейма» выявлено, что большинство имеют относительно адаптивные копинг-стратегии в когнитивной (32,5 %) и поведенческой (42,5 %) сферах. Однако в эмоциональной сфере преобладали неадаптивные (52,5 %) копинг-стратегии. Преобладающей копинг-стратегией в эмоциональной сфере было «Подавление эмоций». Полученные данные показывают, что эмоциональная нестабильность может способствовать активному проявлению зависимости от табака как средства контроля над эмоционально зна-

чимыми ситуациями. Также полученные данные могут указывать, что табачная зависимость может функционировать как механизм подавления эмоций посредством употребления.

По результатам анализа преобладающих копинг-стратегий лиц с синдромом зависимости от табака посредством «Тест Лазаруса» выявлены высокие результаты по стратегии «Самоконтроль» у 65 % лиц, «Бегство/избегание» у 60 % лиц. У людей с табачной зависимостью использование «Самоконтроль» в качестве копинг-стратегии подразумевает умение управлять своими эмоциями и поведением, минимизируя их негативное воздействие на восприятие ситуации. Это выражается в целенаправленном подавлении эмоций, стремлении к самообладанию и высоком контроле над своим поведением. С другой стороны, стратегия копинга «Бегство/избегание» используется для преодоления негативных переживаний путем уклонения от проблемы, например, через отрицание ситуации, фантазирование или отвлечение. При предпочтении этой стратегии могут проявляться инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях.

Полученные данные показали, что наибольшее внимание в процессе лечения от табачной зависимости следует уделить повышению уровня жизнестойкости и изучению эффективных стратегий противостояния стрессу.

**Заключение.** Полученные данные подтвердили, что у большинства лиц, употребляющих табак, зависимость представляет собой способ совладающего поведения в ситуациях повышенного стресса. Оптимальными терапевтическими «мишенями» для молодых лиц, употребляющих табак, являются повышение уровня жизнестойкости посредством упражнений и тренингов, а также обучение новым механизмам совладания в стрессовых ситуациях, без ухода в зависимость.

**Ключевые слова:** табакокурение, копинг-стратегии, стресс, реабилитация.

## SYMBIOSIS OF SURVIVAL: THE PRESENCE OF COPING STRATEGIES AND TOBACCO SMOKING

*Grigorieva I.V., Kaminskaya Y. M., Volkhina D.M.*

State institution «Republican Scientific and Practical Center for Mental Health»  
of the Ministry of Health of the Republic of Belarus

**Keywords:** tobacco smoking, coping-strategies, stress, rehabilitation.

### **Сведения об авторах:**

Григорьева Инесса Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, ученый секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [inessgrig@mail.ru](mailto:inessgrig@mail.ru).

Вольхина Дарья Михайловна, младший научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [dariawolf41@gmail.com](mailto:dariawolf41@gmail.com).

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ СПИНАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

*Гуреева И.Л., Андреев В.В., Лукьяева И.М.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Основной причиной болей в спине считаются дистрофические изменения позвоночника и сопутствующие им мышечно-скелетные поражения. Однако клиническая практика показывает, что далеко не в каждом случае удастся точно обнаружить анатомический источник боли (Исайкин А.И., 2022). Сложный механизм развития болевого синдрома, использование традиционных схем лечения независимо от типа боли, недооценка коморбидной (в том числе психической) патологии – все это затрудняет диагностику и лечение спинального болевого синдрома (Дадашева М.Н., 2016). Результаты исследований свидетельствуют о том, что психологические факторы играют важную роль в хронизации боли, определяют предрасположенность к формированию болевых синдромов, влияют на выбор стратегий преодоления боли и на перспективы лечения (Соловьева С.Л., 2019). Целью настоящего исследования было изучение психологических особенностей пациентов с хроническим спинальным болевым синдромом.

**Материалы и методы.** Выборка составили 67 пациентов неврологического отделения с хроническим спинальным болевым синдромом различной этиологии. Были использованы следующие методики: опросник боли Мак-Гилла; методика «Шкала Тампа»; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); опросник психопатологической симптоматики (SCL-90-R); тест иррациональных установок Эллиса; «Способы совладающего поведения» Лазаруса, Методика «Индекс жизненного стиля», Тест Леонгарда–Шмишека.

**Результаты.** У 100 % респондентов выявлено наличие кинезиофобии. Физическая составляющая кинезиофобии в среднем преобладает над психологической. Сенсорное (физическое) восприятие боли также преобладает над аффективным. Отмечается высокая степень соматизации, обсессивности–компульсивности, а также тревожно-депрессивных проявлений. Выявлено наличие иррациональных установок в виде катастрофизации и долженствований в отношении себя и других людей. Личностная сфера испытуемых отличается высокой эмоциональностью в сочетании с застреванием. Сравнительный анализ показал, что для данной группы пациентов, в отличие от условно здоровых лиц, характерны копинг-стратегии «Планирование решения», «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка», а также защитные механизмы отрицание и подавление. Корреляционный анализ выявил значимые отрицательные взаимосвязи личностной особенности «Эмоциональная стабильность» с уровнем выраженности кинезиофобии и выраженностью аффективного восприятия боли. Выраженность болевого синдрома положительно связана с копинг-стратегией «Интеллектуализация», а также – опосредованно через интернальный локус контроля – с аффективным способом восприятия боли. Аффективное восприятие боли отрицательно коррелирует с уровнем жизнестойкости. С помощью регрессионного анализа подтверждается выявленная ранее корреляция кинезиофобии и эмоциональной нестабильности. Прямое влияние на аффективное восприятие боли оказывают личностная особенность «Сотрудничество» и копинг «Дистанцирование». Обратное влияние оказывают установки долженствования в отношении других людей; самосознание и показатель эмоциональной стабильности.

**Заключение.** У пациентов со спинальным ХБС выражены такие особенности, как кинезиофобия, тревога, иррациональные установки. Пациенты данной группы, в сравнении с условно здоровыми людьми, больше склонны к противоречивому и малоадаптивному защитно-совладающему поведению. Обозначенные психологические особенности могут выступать мишенями психокоррекционной работы, так как способны препятствовать реабилитации, тем самым усугубляя болевые ощущения и повышая вероятность инвалидизации.

**Ключевые слова:** хронический болевой синдром, боль в спине, психологические особенности, кинезиофобия, восприятие боли.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC BACK PAIN

*Gureeva I.L., Andreev V.V., Lukyaeva I.M.*

First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov

**Keywords:** chronic pain syndrome, back pain, psychological characteristics, kinesiophobia, pain perception.

### Сведения об авторах:

Гуреева Ирина Лазаревна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Андреев Владислав Викторович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и мануальной медицины ФПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Лукьяева Изабелла Мухаметалиевна, студент 6 курса отделения клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, [lukiaieva@mail.ru](mailto:lukiaieva@mail.ru).

## ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНТНОСТИ В ОНКОПСИХОЛОГИИ: ОТНОШЕНИЯ ВРАЧ–ПАЦИЕНТ–ОНКОПСИХОЛОГ

*Ермаков П.Н., Зверева Л.В.*

Академия психологии и педагогики ЮФУ (Ростов-на-Дону)

**Введение.** Проблема комплаентности онкологических пациентов стоит достаточно остро. Кроме компетенций специалиста влияет и сопротивление самих пациентов, связанное с индивидуальными особенностями и социальными условиями. В исследовании О.Н. Шаровой было опрошено 30 человек на предмет желания пройти групповую психотерапию, и только 10 человек смогли принять участие (Шарова, 2020).

В исследовании авторов на базе ФГБУ «НМИЦ Онкологии Минздрава России» из 150 опрошенных онкопациентов изначально выразили желание получить бесплатную психологическую помощь 65 человек в момент нахождения в стационаре, но после выписки на участие соглашались только около 28 %.

Психообразование помогает избегать нереалистических представлений, несогласованных действий, за счет возможности обсудить с онкопсихологом свои сомнения, составить детальный план действий на период лечения и восстановления. Это играет существенную роль в принятии решения об отказе от лечения, облегчает контакт между лечащим врачом и пациентом, снижает возможные претензии к качеству лечения (Guidolin, 2018; Dong, 2014; Рассказова, 2022).

**Материалы и методы.** Авторы использовали контент-анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования, размещенной в научной электронной библиотеке Elibrary.ru, Google Scholar и Киберленинка.

**Результаты.** На сегодняшний день в современной онкопсихологии приняты две модели взаимодействия врач–пациент:

1. Патерналистская модель – врач или онкопсихолог берут всю ответственность на себя, предполагая, что профессиональные компетенции превыше всего. Недостатком такой позиции для специалиста становится эмоциональное выгорание, утрата эмоциональной вовлеченности.
2. Автономная модель – специалист разделяет ответственность с пациентом, относится с уважением к позиции и границам пациента; пациент заинтересован в результате, автономен и психически сохранен (Климович, 2019).

На качество отношений врач–пациент оказывают влияние личностные особенности онкологического пациента, ряд эмоциональных состояний и коморбидных заболеваний, влияющих на саморегуляцию поведения. Происхождение психических расстройств (тревога, депрессия, суицидальная угроза, астения, делирий и т. д.) связано со специфическими особенностями травматического опыта постановки диагноза и методов лечения онкологии (содержания и продолжительности события, силы негативного стрессового воздействия, внезапности заболевания и социально-психологической ситуации на месте локализации травматического опыта) (Петросьян, 2023).

Имеют существенное значение поведение и позиция врача и онкопсихолога. Сообщение пациенту о безнадежности его положения и скором смертельном исходе может стать испытанием и обнаруживать ограниченность возможностей самого врача, ставит под сомнение его компетенции. Онкопациенты могут идеализировать своего врача и его возможности, приписывать ему всемогущество над жизнью и смертью. Заключение о возможной смерти может вызвать гнев и разочарование. Фокус консультации с онкопсихологом может строиться вокруг прояснения ресурсов и возможностей реальной ситуации, и собственной роли пациента в процессе лечения.

Специалисты, избегая подобных разговоров, могут давать ложную надежду пациентам. За подобным поведением врача может стоять бессознательные защиты и неготовность говорить о смерти. Принятие тем конечности и смерти, осознания границ своих возможностей и ответственности в сложившихся терапевтических отношениях позволяет специалисту оставаться эмоционально устойчивым во время бесед с пациентом и может помочь «запустить» процесс принятия существующих условий и подготовки к ним. Это ставит перед ними задачи для собственного личного роста и поиск дополнительных смыслов для жизни (Труфанова, 2008).

**Заключение.** Взаимодействие врач–пациент повышает результативность лечения, снижает эмоциональное напряжение, возникающее на каждом этапе такого лечения, и помощь онкопсихолога становится соединяющим мостиком: важно найти силы на продолжение осмысленной и полноценной жизни настолько, насколько это возможно, принимая факт смертности каждого, кто родился.

**Ключевые слова:** онкопсихология, онкология, адаптация, комплаентность, мотивация.

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ, проект № 22–18–00543.

**THE PROBLEM OF COMPLIANCE IN ONCOPSYCHOLOGY:  
DOCTOR-PATIENT-ONCOPSYCHOLOGIST RELATIONSHIP***Ermakov P. N., Zvereva L. V.*

**Keywords:** oncopsychology, oncology, adaptation, compliance, motivation.

**Сведения об авторах:**

Ермаков Павел Николаевич, доктор биологических наук, профессор, академик РАН, ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет» (Ростов-на-Дону), paver@sfedu.ru.

Зверева Людмила Владимировна, аспирант кафедры клинической психологии и психологии АПП ЮФУ (Ростов-на-Дону), lzvereva@sfedu.ru.

**ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ SSD-12:  
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ  
И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ СОМАТИЗАЦИИ***Золотарева А.А.*

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (Москва)

**Введение.** Проблема диагностики соматоформных расстройств традиционно решалась с помощью операционализации понятия соматизации, т.е. оценки частоты и тяжести соматических симптомов, не имеющих физиологического обоснования. В пятом издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам был введен диагноз соматического симптоматического расстройства, диагностические критерии которого включают не только частоту и тяжесть соматических симптомов (критерий А), но также когнитивные, поведенческие и эмоциональные аспекты соматизации, определяющие меру адекватности мыслей, чувств и поступков в отношении соматических симптомов и проблем с физическим здоровьем (критерий В) (American Psychiatric Association, 2013).

Зарубежные специалисты разработали шкалу критерия В соматического симптоматического расстройства (Somatic Symptom Disorder – B Criteria Scale, SSD-12), оценивающую когнитивные, поведенческие и эмоциональные аспекты соматизации (Toussaint et al., 2017). В связи с очевидной клинической ценностью шкалы и отсутствием ее аналогов в арсенале российских специалистов целью настоящего исследования является психометрический анализ русскоязычной версии SSD-12.

**Материалы и методы.** В онлайн-опросе приняли участие 1535 респондентов (361 мужчина и 1174 женщины) в возрасте от 18 до 75 лет ( $M=28,8$ ;  $SD=12,1$ ). Помимо SSD-12 участники исследования заполнили шкалы, оценивающие тревогу (Generalized Anxiety Disorder-7), депрессию (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) и соматизацию (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8).

**Результаты.** Психометрический анализ русскоязычной версии SSD-12 показал, что адаптированная шкала имеет трехфакторную структуру (Satorra-Bentler  $\chi^2(51)=656$ ,  $p<0,001$ ; CFI (comparative fit index) =0,942; TLI (Tucker Lewis index) =0,925; SRMR (standard root mean squared residual) =0,037; RMSEA (root mean square error of approximation) =0,088 (CI (confidence interval) 95 % 0,082-0,094)), что подтверждает ее факторную валидность. Трехфактор-

ная структура русскоязычной версии SSD-12 также внутренне согласованна ( $\alpha=0,769$ ,  $\alpha=0,857$ ,  $\alpha=0,822$  для субшкал, оценивающих когнитивные, поведенческие и эмоциональные аспекты соматизации).

Конвергентная валидность адаптированной шкалы была подтверждена с помощью позитивных корреляционных взаимосвязей показателей по SSD-12 с показателями по GAD-7, PHQ-9 и SSS-8. Когнитивные аспекты соматизации были взаимосвязаны с тревогой ( $r=0,453$ ,  $p<0,001$ ), депрессией ( $r=0,481$ ,  $p<0,001$ ) и общей тяжестью соматизации ( $r=0,509$ ,  $p<0,001$ ). Поведенческие аспекты соматизации были взаимосвязаны с тревогой ( $r=0,570$ ,  $p<0,001$ ), депрессией ( $r=0,636$ ,  $p<0,001$ ) и общей тяжестью соматизации ( $r=0,618$ ,  $p<0,001$ ). Эмоциональные аспекты соматизации были связаны с тревогой ( $r=0,536$ ,  $p<0,001$ ), депрессией ( $r=0,554$ ,  $p<0,001$ ) и общей тяжестью соматизации ( $r=0,555$ ,  $p<0,001$ ).

**Заключение.** Доказанная психометрическая состоятельность русскоязычной версии SSD-12 позволяет рекомендовать адаптированную шкалу в качестве инструмента оценки когнитивных, поведенческих и эмоциональных аспектов соматизации. Дальнейшие психометрические испытания русскоязычной версии SSD-12 заключаются в клинической валидации инструмента на выборках пациентов с соматоформными расстройствами и психосоматическими заболеваниями.

**Ключевые слова:** соматизация, надежность, валидность, психометрический анализ.

## PSYCHOMETRIC ANALYSIS OF THE RUSSIAN-LANGUAGE VERSION OF SSD-12: ASSESSMENT OF COGNITIVE, BEHAVIORAL AND EMOTIONAL ASPECTS OF SOMATIZATION

*Zolotareva A.A.*

National Research University Higher School of Economics (Moscow)

**Keywords:** somatization, reliability, validity, psychometric analysis.

### **Сведения об авторе:**

Золотарева Алена Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент департамента психологии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (Москва), [alena.a.zolotareva@gmail.com](mailto:alena.a.zolotareva@gmail.com).

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

*Кошанская А.Г.*

Медицинский институт ФГБОУ ВО МГТУ (Майкоп, Республика Адыгея, Россия)

**Введение.** Сахарный диабет (СД) II типа является психосоматическим заболеванием, требующим от пациентов соблюдения терапевтического режима и изменения образа жизни. Развивается СД II типа медленно, пациенты жалуются на повышенную утомляемость, постоянное чувство усталости, слабость, перепады настроения (Дедов И.И. и др., 2023). Особенности психоэмоционального состояния больных СД II типа оказывают влияние на соблюдение

терапевтического режима и приверженность к лечению (Валиева Д.А., 2014). Своевременное выявление и психологическая коррекция проявлений негативных эмоций могут способствовать лучшей компенсации диабета.

**Материалы и методы.** С целью изучения особенности психоэмоционального состояния больных СД II типа при различных вариантах его течения обследовано 813 пациентов, средний возраст опрошенных  $60,4 \pm 16,5$  года. В зависимости от тяжести течения заболевания респонденты разделены на 2 группы: I группа – 451 больной с субкомпенсированным течением, II группа – 362 больных с декомпенсированным течением. Психологическая диагностика осуществлялась при помощи опросника депрессии (BDI) А. Бека; шкалы А. Бека для самооценки уровня тревоги (BAI); шкалы безнадежности А. Бека (BHS); Торонтской алекситимической шкалы (TAS); шкалы эмоциональных схем Р. Лихи (LESS); опросника агрессивности А. Басса, М. Перри (BPAQ-24). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы STATISTICA для Windows 10.

**Результаты.** Проведя анализ результатов по шкалам тревоги и депрессии А. Бека, нами выявлено, что у 54 % пациентов с декомпенсированным течением заболевания преобладают симптомы тревожно-депрессивного расстройства средней тяжести. По методике агрессивности А. Басса, М. Перри отмечено, что у больных СД II типа по сравнению с группой контроля значимых различий по проявлению общей агрессивности не найдено ( $p=0,222$ ), это характеризует их как не склонных к проявлению агрессии. В то же время в группе с декомпенсированным течением и инсулинпотребной форме диабета симптомы алекситимии, тревоги и депрессии более выражены по сравнению с респондентами I группы ( $p=0,048$ ). Агрессия у таких пациентов проявляется косвенно с повышением уровня враждебности и безнадежности ( $p=0,0215$ ;  $r=0,31$ ), пациенты становятся резкими по отношению к окружающим и вспыльчивыми ( $p=0,0034$ ). По мере усиления депрессии повышается уровень алекситимии, отмечается нарастание расстройства пищевого поведения в виде «заедания стресса», возникают симптомы астенического круга с присоединением к ним ипохондрического компонента, снижается фон настроения. Пациенты с СД II типа обладают средним уровнем безнадежности, то есть не склонны переживать отчаяние или крайний пессимизм по поводу будущего или окружающей действительности, а также, несмотря на разную степень выраженности депрессивного состояния, у них отсутствуют суицидальные тенденции. По мере увеличения длительности заболевания психоэмоциональное состояние пациентов меняется и приобретает дезадаптивный характер, пациенты переживают, что могут стать обузой для близких или попасть от них в зависимость (Мотовилин О.Г. и др., 2019). Изучение эмоциональных схем по методике Р. Лихи позволило выявить, что общая напряженность эмоциональных схем в обеих группах обследуемых больных СД II типа наблюдается по шкалам «Упрощенное представление об эмоциях» и «Склонность к рационализации чувств», указывая на то, что им тяжело проживать сложные чувства, они не переносят амбивалентность, считают, что рациональность предпочтительнее эмоционального опыта. Шкалы «Чувство вины за собственные эмоции» и «Низкая эмоциональная экспрессивность» отражают стремление скрывать проявление своих эмоций, считая его зазорным или неуместным. Пациенты боятся потерять контроль при переживании сильных эмоций, так как не позволяют себе ярко проявлять «плохие» эмоциональные реакции. Больные СД II типа в возникающих сложных жизненных ситуациях ориентируются за свои ценности, принимают собственный эмоциональный опыт и понимают, что эмоции не бесконечны и имеют определенный временной интервал, это не дает личности

подкреплять чувство безнадежности. Высокие показатели тревожно-депрессивного состояния положительно взаимосвязаны со схемой «Эмоциональное оцепенение» ( $p=0,014$ ), высоким уровнем алекситимии и повышенным содержанием гликированного гемоглобина, индекса массы тела, содержанием фибриногена и холестерина в крови, позволяя предположить, что нарушения в эмоциональной сфере могут являться одними из неблагоприятных факторов, способствующих развитию декомпенсированного течения заболевания.

**Заключение.** Таким образом, психоэмоциональное состояние пациентов взаимосвязано с тяжестью и длительностью течения СД II типа. Изучение особенностей психоэмоционального состояния пациентов СД II типа при различных вариантах его течения поможет более эффективно разрабатывать индивидуальные реабилитационные программы, делая акцент на тех свойствах эмоциональной сферы, которые в первую очередь нуждаются в психологической коррекции.

**Ключевые слова:** сахарный диабет II типа, тревога, депрессия, алекситимия, агрессия, эмоциональные схемы.

## PECULIARITIES OF PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT DIFFERENT VARIANTS OF ITS COURSE

*Koshanskaya A.G.*

Medical Institute of the Maykop State Technical University, Maykop, Republic of Adygea, Russia

**Keywords:** type II diabetes mellitus, anxiety, depression, alexithymia, aggression, emotional schemas.

### **Сведения об авторе:**

Кошанская Анжелика Геннадьевна, доцент кафедры госпитальной терапии и последипломного образования лечебного факультета Медицинский институт ФГБОУ ВО Майкопский государственный технологический университет, [koangen@list.ru](mailto:koangen@list.ru).

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Кузенко С.С., Веденова О.В.*

Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону)

**Введение.** Исследование психологических особенностей лиц с аллергическими заболеваниями является актуальным, так как согласно данным статистики в последние годы отмечается значительный рост аллергических заболеваний. Одной из причин данного явления является загрязнение окружающей среды, которое влияет на иммунную систему человека. Так как прирост лиц, страдающих аллергическими заболеваниями, случился стремительно и внезапно, можно обнаружить, что в области психосоматики накоплено значительно меньше данных об этом заболевании по сравнению с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и ЖКТ. Таким образом, изучение психологических особенностей лиц, страдающих аллергическими заболеваниями, представляет особую клиническую и социальную значимость.

**Материалы и методы.** Цель работы состоит в изучении психологических особенностей лиц с аллергическими заболеваниями в зависимости от выраженности жалоб, вызван-

ных данным заболеванием. Объект исследования: мужчины и женщины от 18 до 50 лет с пищевой и сезонной аллергиями. Предмет исследования: психологические особенности лиц с аллергическими заболеваниями, уровень алекситимии, специфика отношения к болезни и тяжесть соматических жалоб, вызванных аллергией. Гипотезы исследования: лица с аллергическими заболеваниями имеют специфические личностные особенности, которые отличаются в зависимости от тяжести соматических жалоб, вызванных аллергией; существует взаимосвязь личностных особенностей аллергических больных с уровнем алекситимии; выраженность психосоматических жалоб, вероятно, связана с субъективной оценкой самочувствия и уровнем алекситимии.

В исследовании были использованы следующие психодиагностические методики: вопросы клинического интервью; опросник «Мини-мульти», опросник «Количественная оценка динамики невротических жалоб соматических больных», личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), Торонтская шкала Алекситимии TAS-20-R.

**Результаты.** При исследовании аллергических больных в зависимости от субъективного восприятия интенсивности жалоб на фоне заболевания были описаны их личностные характеристики. Было показано, что среди аллергических больных с выраженными жалобами встречается большее количество лиц с алекситимией, склонностью к конверсионным реакциям, повышенной чувствительностью и реактивностью на фоне симптомов. В результате изучения личностных особенностей было обнаружено, что 50 % респондентов всей выборки аллергических больных относятся к гипертимному типу. Среди лиц с более выраженными жалобами на симптомы аллергии оказалось в два раза больше лиц, склонных к конверсионным реакциям. В группе с низкой интенсивностью жалоб оказалось больше в три раза лиц гипотимного типа. Таким образом была доказана одна из гипотез исследования: психологические особенности лиц с аллергическими заболеваниями отличаются в зависимости от тяжести соматических жалоб, вызванных аллергией.

В результате исследования уровня алекситимии в двух группах была опровергнута одна из гипотез исследования, согласно которой аллергические больные имеют выраженную алекситимию. Однако подтвердилась гипотеза, что существует взаимосвязь выраженности жалоб и алекситимии у больных аллергией. В группе с более выраженными жалобами доля аллергических больных с алекситимией оказалась выше в два раза, чем в группе с низкой интенсивностью жалоб. Также была выявлена взаимосвязь алекситимии со склонностью к конверсионным реакциям и взаимосвязь алекситимии с депрессивным состоянием у аллергических больных. Аллергические больные демонстративного и гипотимного типа личности имеют большую склонность к алекситимии, чем представители других типов.

В результате исследования отношения к болезни выяснилось, что среди аллергических больных наиболее распространено пренебрежение заболеванием и обесценивание его симптомов. Среди аллергических больных с низкой выраженностью жалоб игнорирование болезни наиболее распространено. Среди аллергических больных с более выраженной интенсивностью значительно чаще встречается реагирование на болезнь по типу тревожной мнительности. Таким образом, чем ниже давление жалоб у аллергических больных, тем более легкомысленно они относятся к заболеванию, и наоборот.

**Заключение.** Дальнейшие перспективы исследования предполагают создание программы психологического сопровождения аллергических больных для минимизации негативных психосоматических последствий аллергии, включающей работу с алекситимией,

коррекцию отношения к заболеванию и сглаживанию личностных черт, негативно влияющих на психологическое и соматическое состояние аллергических больных.

**Ключевые слова:** психосоматика, личностные характеристики, аллергия, алекситимия.

## PERSONALITY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ALLERGIC DISEASES

*Kuzenko S.S., Vedenova O.V.*

Southern Federal University (Rostov-on-Don)

**Keywords:** psychosomatic, personality characteristics, allergies, alexithymia.

### Сведения об авторе:

Кузенко Светлана Сергеевна, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [Kuzenko@sfedu.ru](mailto:Kuzenko@sfedu.ru).

## РОЛЬ ДЕПРЕССИВНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИНЫ ПРИ ПОСТАНОВКЕ НА УЧЕТ ПО БЕРЕМЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ

*Наэль-Прунес М.В., Харькова О.А.*

Северный государственный медицинский университет (Архангельск)

**Введение.** Послеродовая депрессия (ПРД) является серьезным психическим расстройством, которое негативно влияет на мать, так как у каждой пятой женщины отмечаются намерения и попытки суицида. Кроме того, ПРД матери негативно сказывается на нервно-психическом и физическом развитии ребенка. В связи с этим изучение факторов, которые провоцируют ПРД, поможет разработать программу профилактики данного недуга. Целью исследования явилось изучение роли депрессивного состояния женщин при постановке на учет по беременности в формировании послеродовой депрессии.

**Материалы и методы.** В когортном исследовании приняли участие 162 женщины, вставшие на учет по беременности в женских консультациях, постоянно проживающие в городе Архангельске. Через 2-6 недель после родов повторное тестирование прошли 52 женщины. Для изучения депрессивного состояния во время беременности применялась шкала депрессии Бека, для диагностики послеродовой депрессии – Эдинбургская шкала постнатальной депрессии. Динамика депрессивного состояния изучалась с помощью теста Мак-Нимара. Данное исследование было одобрено и поддержано Локальным этическим комитетом Северного государственного медицинского университета (выписка из протокола № 08/10-21 от 27 октября 2021 г.).

**Результаты.** При постановке на учет по беременности 80,9 % женщин не имели признаков депрессии. Легкая депрессия наблюдалась у 13,6 %, а умеренная и выраженная – у 3,1 % и 2,4 % соответственно. У каждой второй беременной с признаками депрессии отмечалась соматическая форма (54,8 %), а у каждой третьей – когнитивно-аффективная (35,5 %). Это свидетельствует о том, что процессы физиологической адаптации, которые можно наблюдать у женщины в период беременности – нарушения сна, утомляемость, снижение либидо, изменения аппетита, перепады настроения, почти не отличаются от соматических

проявлений депрессии. Кроме того, нами не было выявлено статистически значимой динамики депрессивного состояния в течении беременности ( $p=0,479$ ). Признаки ПРД с вероятностью 86 % отмечались у 15,4 % родивших женщин, а с вероятностью ПРД 100 % – у 5,8 %; причем это были женщины, имевшие признаки депрессии во время беременности.

**Заключение.** Исследование показало, что каждая пятая женщина при постановке на учет по беременности имеет признаки депрессии, которые сопровождают ее в течение всего гестационного периода, а после родов формируются в послеродовую депрессию. Полученные результаты свидетельствуют о том, что необходимо заниматься профилактикой ПРД уже на начальном этапе сопровождения беременной женщины и в случае, если у нее диагностируются признаки депрессии.

**Ключевые слова:** депрессивное состояние, беременность, послеродовая депрессия.

## EFFECT OF DEPRESSION AMONG WOMEN DURING FIRST ANTENETAL VISIT ON POSTPARTUM DEPRESSION

*Nael-Prupes M.V., Kharkova O.A.*

Northern state medical university (Arkhangelsk)

**Keywords:** depression, pregnancy, postpartum depression.

### Сведения об авторах:

Харькова Ольга Александровна, доцент кафедры методологии научных исследований, доцент кафедры педагогики и психологии Северного государственного медицинского университета (Архангельск), [harkovaolga@yandex.ru](mailto:harkovaolga@yandex.ru);

Наэль-Прупес Мария Владимировна, преподаватель кафедры педагогики и психологии Северного государственного медицинского университета (Архангельск), [mprupes@yandex.ru](mailto:mprupes@yandex.ru).

## СПЕЦИФИКА ПСИХИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН С РЕКУРРЕНТНЫМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМ ЦИСТИТОМ

*Мелёхин А.И.*

(Москва)

**Актуальность.** Рекуррентный интерстициальный цистит (ИЦ) – это хроническое заболевание по сей день неопределенной этиологии, которое характеризуется острой, частой и надлобковой болью, связанной с наполнением мочевого пузыря, дискомфортными генитальными ощущениями и спектром избегающего, перестраховочного поведения, частыми рецидивами, сниженным положительным ответом на назначенное медикаментозное лечение, развитием у пациентов зависимости от антисептиков, спазмолитиков и антибактериальной терапии широкого спектра, что ставит многих специалистов в тупик по тактике облегчения страдания и улучшения качества жизни.

В знаменитом метаанализе сообщалось о специфических последствиях травматического воздействия у пациентов с ИЦ. Например, воздействие сексуального насилия (принужденный секс, незащищенный секс) было связано с большей чувствительностью к боли и увеличением количества симптомов мочеиспускания в дальнейшем, хотя некоторые считают эту взаимосвязь незначительной. Женщины, подвергшиеся психологической травме в детстве со

стороны близких людей, проявляли большую тревожность, диссоциативные тенденции, повышенную гиперактивность мочевого пузыря, склонность к бактериальному вагинозу, что позволяет предположить, что психосоциальные факторы могут влиять на симптомы у этой подгруппы пациентов, которую называют «Чувствительные к боли и воспалению фенотипу» (Widespread Pain Phenotype, WPP). Несмотря на хорошо известную связь между ИЦ и воздействием жестокого обращения, до сих пор не проведено исследование распространенности и последствий посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при ИЦ в России. Симптомы могут развиваться немедленно, имеют отсроченное начало и повторяются в разных точках, когда активизируются событием, которое служит напоминанием о первоначальной, вытесненной, забытой психологической травме.

При хронических болевых состояниях, которые имеют сходные с ИЦ характеристики, интенсивность болевого синдрома ассоциируется с повышенной реакцией на вызванную боль и гиперреактивностью на стрессовые раздражители, что приводит к увеличению хронизации и ухудшению клинической картины. Предполагается, что ПТСР и хроническая боль, воспаление поддерживают друг друга с помощью общих механизмов, таких как *хроническое перевозбуждение и пребывание в режиме гипербдительности*.

На сегодняшний день нам еще предстоит понять, какую роль играет ПТСР в развитии ИЦ, это может иметь важное клиническое и исследовательское значение, поскольку *урологическая помощь может активизировать или вскрыть симптомы ПТСР*. Кроме того, мы не знаем, ухудшает ли ПТСР проявление симптомов при ИЦ или как ПТСР соотносится с различными *фенотипами* ИЦ. Сделаем акцент еще раз, что травматический стрессовый опыт, такой как сексуальное, эмоциональное и физическое насилие в онтогенезе пациента (*не только в детстве*), считается фактором риска развития рекуррентного и рефрактерного течения цистита.

Сообщается о более высоких показателях сексуального насилия среди данной группы пациентов, другие отмечают более высокие показатели физического насилия и эмоционального давления. Проблема психометрического измерения травматического стресса у женщин с циститом влияет на предполагаемые показатели распространенности. Это также затрудняет оценку роли этого психологического фактора и его влияния на проявление урологических симптомов и психических состояний (например, соматической диссоциации) и расстройств (тревожный спектр, ПТСР, соматоформное расстройство). Применяя стандартизированный диагностический инструментарий, принятый в клинической психологии, мы пересматриваем распространенность широкого спектра потенциально травмирующих событий у женщин с ИЦ. Кроме того, мы исследуем их влияние на тяжесть симптомов ИЦ и психические симптомы, включая негативные последствия (тревогу, депрессию) и симптомы, связанные с травмой (диссоциация).

**Дизайн, материалы и методы исследования.** Проспективное исследование, случай-контроль. В исследовании приняли участие 95 пациенток, которые соответствовали диагностическим критериям ИЦ (NIDDK), и 95 девушек, которые были выбраны случайным образом в качестве контрольной группы без урогинекологических нарушений. Все пациенты с ИЦ были обследованы врачами с помощью цистоскопической гидродистензии, и у всех была различная степень выраженности гломеруляций. У пациентов основной группы наблюдаются следующие диагнозы: соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы (F45.34); психологические факторы при хроническом рецидивирующем цистите (F54); реци-

дивергентное депрессивное расстройство, эпизод средней тяжести (F33.1). Применялись следующие методики: Brief Betrayal-Trauma Survey (BBTS), Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI). Для оценки специфики диссоциации применялись Traumatiform Dissociation Questionnaire (TDQ) и Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Полученные данные были проанализированы с использованием t-критерия и корреляции Пирсона.

**Результаты** Распространенность физических нападений и эмоциональное жестокое обращение со стороны близких пациентов наблюдалось в 18 % и 29 % случаев по сравнению с контрольной группой.

Более высокая доля пациентов с ИЦ сообщили об эмоциональном и физическом насилии в анамнезе, чем в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Общая распространенность тяжелой травмы от предательства со стороны значимого другого человека (матери, молодого человека, мужа) у пациентов с ИЦ значительно увеличилась по сравнению с контрольной группой (43 % по сравнению 12 %,  $p < 0,01$ ). Наблюдаются различия в урологических симптомах между признанными или отрицаемыми межличностными травмами, в форме боли и зуда, и психологического профиля состояния пациенток. Корреляционный анализ и значение t показали положительную корреляцию между симптомами ИЦ и соматоформной диссоциацией ( $P < 0,01$ ), диссоциативными симптомами, которые феноменологически затрагивают тело и включают снижение вплоть до полной потери сенсорного восприятия и/или моторного контроля (негативная соматоформная диссоциация), а также непроизвольное восприятие сенсорного опыта. Мы знаем, что двигательная заторможенность и анестезия/обезболивание являются «классическими» соматоформными диссоциативными симптомами, которые похожи на защитные реакции животных на серьезную угрозу и травму. Среди более широкого спектра соматоформных диссоциативных симптомов также можно отнести урогинекологические симптомы. Корреляционный анализ с использованием коэффициентов простой и множественной регрессии и значения t показал положительную корреляцию между *депрессией* и *высокой травмой от предательства* у пациентов с ИЦ. Показана связь между травматическим опытом, симптомами тревоги и соматоформной диссоциацией у пациенток с ИЦ.

**Заключение.** Наши результаты свидетельствуют о том, что однократное лечение не могло оправдать ожиданий пациентов из-за сложных психологических факторов, которые следует учитывать при обследовании пациентов с рефрактерным ИЦ. Для комплексного лечения пациентов с ИЦ следует рассмотреть междисциплинарный подход и мультимодальную терапию.

**Ключевые слова:** нейроурология, цистит, рекуррентный интерстициальный цистит, посткоитальный цистит, ПТСР, диссоциация, соматическая диссоциация.

## THE SPECIFICS OF THE MENTAL FUNCTIONING OF WOMEN WITH RECURRENT INTERSTITIAL CYSTITIS

A.I. Melehin

(Moscow)

**Keywords:** neurology, cystitis, recurrent interstitial cystitis, postcoital cystitis, ptsd, dissociation, somatic dissociation.

**Сведения об авторе:**

Мелехин Алексей Игоревич, канд. псих. наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, психоаналитик, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт, clinmelehin@yandex.ru.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОТКАЗА ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ  
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ  
С КОМОРБИДНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
В РЕАЛЬНОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

*Пелевина И.Д., Шапорова Н.Л.*

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №54»

(Санкт-Петербург)

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России (Санкт-Петербург)

**Введение.** Отказ от табакокурения является основным модифицирующим фактором, направленным на профилактику прогрессирования ХОБЛ и коморбидной АГ.

**Материалы и методы.** На базе кабинета по отказу от табакокурения ГБУЗ ГП № 54 было проведено скрининговое обследование 155 амбулаторных пациентов с ХОБЛ II-IV степенью обструкции и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Методы исследования включали стандартное клиническое обследование, анкетирование пациентов для определения статуса курения, никотиновой зависимости и мотивации к отказу от курения, оценку состояния здоровья (*CAT*-тест), лабораторное и спирографическое исследования. Пациенты были разделены на группы больных, получавших разные ДДБА: индакатерол или формотерол. В группу сравнения вошли пациенты мужчины и женщины трудоспособного возраста, продолжавшие курить и имевшие ХОБЛ средней степени обструкции.

Дизайн исследования включал в себя 3 периода наблюдения. *Вводный период* составил 2-4 недели с оценкой респираторного и кардиального статуса; проведением 30-40 мин. мотивационной беседы. *Во второй период* длительностью 3 месяца осуществлялась стабилизация респираторного статуса и гемодинамических показателей пациента. Обучение пациентов проводилось в рамках самостоятельно разработанной программы школы пациента для больных с ХОБЛ с сопутствующей АГ (2 занятия, каждое занятие один раз в неделю, длительность 1,5-2 часа). Пациенты с тяжелой и крайне тяжелой степенью обструкции из группы I из-за тяжести состояния проходили обучение индивидуально (3-4 беседы-консультации длительностью приблизительно 30 мин. с участием подготовленной медсестры). *В третий период* длительностью 6 месяцев выполнялся отказ пациентов от табакокурения с использованием варениклина или НЗТ на фоне адекватной физической активности и рационального питания, а также коррекция терапии ХОБЛ. Статистическую обработку материала проводили на ПК с использованием статистического анализа данных (SPSS 19). Динамику показателей качества жизни у больных оценивали по *CAT*-тесту.

**Результаты.** У больных 1-й группы после отказа от табакокурения через 9 мес. от начала исследования наблюдалась достоверная положительная динамика *CAT*, но сохранялось высокое и среднее влияние болезни на статус здоровья, что требовало постоянного мо-

нитинга состояния с целью профилактики обострений ХОБЛ. В конце наблюдения после периода отказа от табакокурения (через 9 мес.) низкий показатель *SAT* отмечен только во 2-й группе, принимавшей формотерол при ХОБЛ среднетяжелого течения и исходно менее тяжелом течении заболевания, поэтому проводилась терапия минимальными дозами препаратов, которая назначалась на основе клинического обследования, при этом прогноз заболевания был благоприятным. В 3-й группе (сравнения) достоверных различий между показателями *SAT* через 3 и 9 мес. в конце наблюдения не отмечено, сохранялись средняя степень влияния заболевания на статус здоровья и средняя вероятность развития обострения.

В процессе наблюдения у подавляющего большинства пациентов были достигнуты целевые значения АД (более 80 %) за исключением 3-й группы, поскольку пациенты этой группы отличались низкой приверженностью к назначенной терапии и продолжением табакокурения.

**Заключение.** Полученные результаты показали необходимость обучения больных ХОБЛ с коморбидной АГ элементам самоконтроля в зависимости от тяжести обструктивных нарушений: групповые занятия в школе у пациентов со среднетяжелой степенью обструкции и индивидуальные занятия в виде беседы-консультации у пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью обструкции, а также целесообразность консультаций психолога или психотерапевта на этапе отказа от табакокурения.

**Ключевые слова:** отказ от табакокурения, ХОБЛ, школа пациента.

**PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR TOBACCO CESSATION IN PATIENTS  
WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE  
AND COMORBID ARTERIAL HYPERTENSION IN REAL OUTPATIENT PRACTICE**

*Pelevina I.D., Shaporova N.L.*

State Budgetary Healthcare Institution «City Polyclinic No. 54» (St. Petersburg)  
First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov  
of the Ministry of Health of the Russian Federation (St. Petersburg)

**Keywords:** smoking cessation, COPD, patient school.

**Сведения об авторах:**

Пелевина Ирина Дмитриевна, канд. мед. наук, врач-пульмонолог высшей категории, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №54» (Санкт-Петербург), [idpelevina@mail.ru](mailto:idpelevina@mail.ru);

Шапорова Наталия Леонидовна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России (Санкт-Петербург), [shapnl@mail.ru](mailto:shapnl@mail.ru).

## СТРУКТУРА ПОВСЕДНЕВНОГО СТРЕССА В ОБЫЧНОЙ ЖИЗНИ И В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

*Петраш М.Д.*

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

**Введение.** Современный мир сегодня похож на единую чрезвычайную ситуацию, в которой сложно адаптироваться человеку, особенно старикам и детям. Но уникальность человека заключается в том, что он настолько привыкает к повседневным неприятностям, что перестает обращать на них внимание и, как следствие, не замечает той «последней капли», которая запускает механизм переживания повседневного стресса, т.е. наблюдается кумулятивный эффект. В современном научном знании накоплен мощный информационный пласт о стрессе, его причинах, психофизиологических составляющих феномена, а также способов совладания с ним. Суть повседневного стресса проявляется в субъективном переживании, которое включает в себя тесно взаимодействующие между собой стресс-факторы «Работа-дела»; «Нарушение планов»; «Финансы»; «Окружающая действительность»; «Отношения с окружающими»; «Семейные проблемы»; «Личные переживания»; «Стрессоры ожидания», а его изучение требует более пристального внимания. При рассмотрении обозначенной проблемы возникает исследовательский вопрос в отношении того, в чем состоит отличие внутренней структуры повседневного стресса, возникающего в обычной жизни, от того, что происходит в ситуации неопределенности. В данном случае неопределенность понимается, как недостаток информации о чем-либо, в частности о последствиях пандемии covid-19. На сегодняшний день опубликовано большое количество материала, касающегося пандемического периода, во время которого были обращены взгляды исследователей в части реагирования людей на ситуацию неопределенности, на то, как люди справляются с ней, что помогает им проживать эту ситуацию. Все вышесказанное и определило цель данного исследования.

**Материалы и методы.** Повседневный стресс изучался с помощью опросника повседневных стрессоров (Петраш и др., 2018); для определения внутренней структуры использовался метод структурного моделирования «модель путей». Выборка составила 771 человек (530 женщин и 241 мужчина) в возрасте от 20 до 68 лет. В качестве ситуации неопределенности рассматривался пандемический период (364 человека).

**Результаты.** В ходе исследования были построены две модели путей, которые отражают внутреннюю структуру повседневного стресса в обычной жизни и в ситуации неопределенности. В первом случае структурообразующей группой стрессоров выступает параметр «нарушение планов», оказывающий влияние на стресс-факторы «финансы», «работа/дела», «окружающая действительность», «личные переживания» и стрессоры «ожидания». Стрессоры «ожидания» усиливают субъективное переживание стрессоров «финансы», «семья», «работа/дела». Последняя группа стрессоров способствует повышению интенсивности личных, семейных переживаний, взаимоотношений с окружающими. «Личные переживания» усиливают проблемы неопределенности, отношения с окружающими, а также группу стрессоров «окружающая действительность», которая, в свою очередь, увеличивает проблемы с окружающими. Наименьшее влияние в структуре повседневного стресса имеет фактор «финансы», который оказывает усиленный эффект на группу стрессоров «окружающая действительность». Характеристики критериев согласия модели:  $\chi^2=14,669$ ;  $df=10$ ;  $p=0,145$ ;  $CFI=0,963$ ;  $GFI=0,981$ ;  $RMSEA=0,034$ ;  $PCLOSE=0,736$ .

В ситуации неопределенности роль структурообразующего фактора выполняет группа стрессоров «ожидания», которые вызывают негативное воздействие только на основании интерпретации самого человека. И если в первом случае нарушение планов ведет к ситуации неопределенности, то в этом все наоборот: неопределенность ведет к нарушению планов, что в дальнейшем способствует усилению личных переживаний, трудностей с профессиональной жизнью, а также с бытовыми проблемами. Портятся отношения с окружающими из-за бытовых проблем, проблем с работой, из-за неопределенности в отношении будущего. Также стоит отметить отсутствие влияния со стороны стресс-фактора «финансы». Модель эмпирически подтверждена:  $\chi^2=22,122$ ;  $df=12$ ;  $p=0,036$ ;  $CFI=0,973$ ;  $GFI=0,982$ ;  $RMSEA=0,048$ ;  $PCLOSE=0,494$ .

**Заключение.** Сравнительный анализ внутренней структуры повседневного стресса в обычной жизни и в ситуации неопределенности показал специфику изучаемого феномена, знание которой важно не только для понимания исследуемого конструкта, но и для практической работы в отношении психологического здоровья. Дальнейшее исследование внутренней структуры повседневного стресса необходимо рассматривать в разных ситуациях неопределенности.

**Ключевые слова:** стрессоры, повседневный стресс, ситуация неопределенности, структурное моделирование, модели путей

## STRUCTURE OF DAILY STRESS IN USUAL LIFE AND IN SITUATIONS OF AMBIGUITY

*Petrash M.D.*

Saint Petersburg State University (Saint-Petersburg)

**Keywords:** stressors, daily stress, situation of ambiguity, SEM, path models.

### Сведения об авторе:

Петраш Марина Дмитриевна, доцент кафедры психологии развития и дифференциальной психологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург), [m.petrash@spbu.ru](mailto:m.petrash@spbu.ru).

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЭНДОМЕТРИОЗЕ

*Пахомова Ф.В., Книжникова А.А.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Эндометриоз – это полиэтиологическое заболевание женской репродуктивной системы, которое проявляется в постепенном разрастании клеток эндометрия за пределами полости матки. Специалистами в области медицины и психологии поднимается вопрос о переводе эндометриоза в разряд психосоматических расстройств, что подкрепляется как опытом клинических наблюдений (Дамиров М.М., 2010), так и исследованиями психологических особенностей данной группы пациенток (Богатова И.К., 2016; Сандакова Е.А., 2013; Шао Ц.Д., 2016; Zarbo С., 2021 и др.).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 126 респонденток: 78 женщин с диагнозом «Эндометриоз» и 48 женщин без гинекологической патологии (условно). Методики исследования: «Болевой опросник Мак–Гилла», «ВАШ», «Метод диагностики межличностных отношений», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», «Социально-психологическая адаптация».

**Результаты.** У 76 % женщин с эндометриозом время возникновения первых жалоб совпадает со временем переживания значимых жизненных событий. На ранних сроках развития заболевания пациентки характеризуются наличием внутренних конфликтов и подавляемой враждебностью. Аналогичная картина характерна и для женщин, испытывающих сильный болевой синдром по сравнению с пациентками, имеющих слабые боли. Выявляется снижение уровня адаптации, утрата веры в собственные силы, тревожные тенденции, высокий уровень раздражительности по сравнению со здоровой группой.

**Заключение.** Психогенный фактор вносит значимый вклад в этиопатогенез и протекание клинической картины эндометриоза, что требует привлечения к работе с данной группой пациенток специалистов психологического профиля.

**Ключевые слова:** эндометриоз, психосоматика, болевой синдром, подавляемая враждебность.

## PSYCHOSOMATIC ASPECTS OF PAIN SYNDROME IN ENDOMETRIOSIS

*Pakhomova F.V., Knizhnikova A.A.*

First Pavlov Medical University (St. Petersburg)

**Keywords:** endometriosis, psychosomatics, pain syndrome, suppressed hostility.

### Сведения об авторах:

Пахомова Фетиса Васильевна, ассистент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [fetisap@yandex.ru](mailto:fetisap@yandex.ru).

Книжникова Анастасия Александровна, медицинский психолог отделения хронической вирусной инфекции СЗОЦ СПИД ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера (Санкт-Петербург), [nasya.sur@yandex.ru](mailto:nasya.sur@yandex.ru).

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Раевский А.А., Романова А.П., Медникова Е.С.*

ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи» (Волгоград)  
ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (Волгоград)

**Введение.** Феномен эмоционального выгорания у медицинских работников является одной из самых актуальных социально-психологических проблем в современном обществе, поскольку к личности специалистов «помогающих» профессий в сфере «человек–человек» неизменно предъявляются высокие требования. Необходимость тесной работы с людьми, оказание медицинской помощи, наблюдение за страданиями пациентов вследствие болезни неизбежно приводит к росту симптоматики психоэмоционального истощения, утомления,

астении у медицинских работников. В то же время сотрудники скорой медицинской помощи (СМП) относятся к группе наиболее склонных к развитию синдрома эмоционального выгорания среди всех медицинских работников из-за специфики деятельности. Профессиональная деятельность специалистов СМП сопряжена с постоянным напряжением, высокой физической и эмоциональной нагрузкой, неотложностью оказания медицинской помощи в крайне ограниченные сроки, что представляет собой факторы риска развития синдрома эмоционального выгорания. Вследствие этого диагностика, профилактика выгорания у сотрудников СМП, решение задач психологического просвещения специалистов являются одними из важнейших задач современной психологической науки.

**Материалы и методы.** В ходе выездной работы сотрудниками лаборатории психофизиологического обеспечения Центра медицины катастроф была проведена психологическая диагностика 282 медицинских работников подстанций СМП ГБУЗ «КССМП», из них: 71 врач; 166 фельдшеров; 45 медицинских сестёр. Диагностическим инструментарием выступил «Опросник профессионального выгорания МВІ» К. Маслач (в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой), авторская анкета.

**Результаты.** В ходе анализа результатов психодиагностического исследования было установлено, что около  $\frac{1}{4}$  специалистов, оказывающих скорую медицинскую помощь, демонстрируют выраженную симптоматику синдрома эмоционального выгорания. Наибольшей выраженностью и распространённостью у медицинских работников СМП обладают проявления редукции профессиональных достижений в виде сниженной (в редких случаях – негативной) профессиональной самооценки, недооценки или обесценивания своих успехов в профессиональной сфере, склонности к избеганию профессиональной ответственности при выполнении своих трудовых обязанностей в полном объёме. Специалистам СМП, эмоциональное выгорание которых было выражено преимущественно в симптоматике редукции профессиональных достижений, была рекомендована пролонгированная психологическая помощь, в том числе в рамках лаборатории психофизиологического обеспечения ЦМК, где обратившиеся сотрудники получали индивидуальные психологические консультации после проведения углубленной диагностики психоэмоционального состояния.

Между тем высокая психоэмоциональная нагрузка профессиональной деятельности предполагала также значимость краткосрочных мероприятий по снижению воздействия рабочего стресса. Так, медицинскими психологами было осуществлено психологическое просвещение сотрудников СМП, в частности обучение дыхательным техникам, упражнениям по психологической саморегуляции, медитативным техникам.

Кроме того, важным звеном профилактики эмоционального выгорания являются организационные мероприятия, позволяющие улучшить психоэмоциональное состояние медицинских работников за счёт улучшения внешних факторов рабочей деятельности. В связи с этим были представлены рекомендации главному врачу ГБУЗ «КССМП» (организация рабочего пространства, создание комфортных зон для отдыха и приёма пищи, поощрение положительного результата трудовой деятельности и др.) и заведующим подстанциями СМП (поддержание благоприятной атмосферы в коллективе, проведение разъяснительной работы с сотрудниками СМП, акцентирование на положительных моментах в работе и успехах сотрудников СМП и др.).

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о сохраняющейся актуальности оценки психологического состояния сотрудников скорой медицинской помощи, а также о

необходимости создания дифференцированных, индивидуальных программ психологической помощи при эмоциональном выгорании для медицинских работников СМП с разным уровнем профессиональной подготовки. Немаловажным фактором профилактики эмоционального выгорания является также работа с организационными факторами профессиональной деятельности сотрудников СМП.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, скорая медицинская помощь, профилактика.

## PSYCHOLOGICAL PREVENTION OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN EMERGENCY MEDICAL SPECIALISTS

*Raevsky A.A., Romanova A.P., Mednikova E.S.*

Clinical emergency medical station (Volgograd)

Volgograd State Medical University (Volgograd)

**Keywords:** emotional burnout, emergency medical care, prevention.

### Сведения об авторах:

Раевский Алексей Анатольевич, кандидат психологических наук, заведующий лабораторией психофизиологического обеспечения Центра медицины катастроф ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи», доцент кафедры общей и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета (Волгоград), alexraevskiy@gmail.com.

Романова Ангелина Петровна, медицинский психолог лаборатории психофизиологического обеспечения Центра медицины катастроф ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи» (Волгоград), gelkam390@gmail.com.

Медникова Екатерина Сергеевна, медицинский психолог лаборатории психофизиологического обеспечения Центра медицины катастроф ГБУЗ «Клиническая станция скорой медицинской помощи» (Волгоград), ketrinberry@gmail.com.

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ – ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА 10 ЛЕТ

*Романчук Л.Н.*

Гродненский государственный медицинский университет (Гродно, Республика Беларусь)

**Введение.** Артериальная гипертензия (АГ) представляет собой заболевание, сопровождающееся изменениями в ряде органов и систем с нарушением их функций. При проведении антигипертензивной терапии необходимо воздействие на факторы, улучшающие прогноз у пациентов с АГ. Один из таких факторов часто обозначают как «комплаентность» («compliance» – согласие на прием назначенного препарата и соблюдение режима его приема). 21 июня 2023 г. в журнале *Journal of Hypertension* опубликовано руководство 2023 г. European Society of Hypertension по лечению артериальной гипертензии, где отмечено, что, несмотря на имеющееся эффективное фармакологическое лечение, приблизительно половина пациентов с гипертензией не достигают рекомендованных целевых значений АД, поэтому в настоящее

время по-прежнему уделяется большое внимание приверженности к лечению пациентов с АГ. Так как неосложненная гипертензия часто имеет субклиническое течение и не ухудшает качество жизни, любые нежелательные эффекты терапии могут вызвать отказ пациента от регулярного приема лекарств. Доказано также, что пациенты не стремятся выполнять рекомендации врача, если они не информированы о своем заболевании и его осложнениях. При недостаточной готовности пациентов с АГ выполнять медицинские рекомендации происходит нерациональное использование ресурсов здравоохранения, связанное с частыми госпитализациями и высокими финансовыми затратами на лечение.

В 2014 г. в УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» было проведено исследование по изучению мнения пациентов, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении, с целью уточнения регулярности получения амбулаторной антигипертензивной терапии, причин настоящей госпитализации. Целью нашего исследования явилось повторное обследование пациентов с АГ, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» и сравнение результатов, полученных с интервалом в 10 лет.

**Материалы и методы.** Обследование пациентов производилось на базе терапевтического отделения УЗ «ГКБ №3 г. Гродно» согласно разработанной сотрудниками 1-й кафедры внутренних болезней УО «ГрГМУ» анкеты. В исследование были включены 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин). Возраст 50-80 лет. У всех пациентов был установлен диагноз: АГ 2 степени. В исследование не включались: пациенты с когнитивным снижением, ХОБЛ, ХРБС. Группы сравнения были сопоставимы по полу и возрасту.

**Результаты.** В 2014 г. о необходимости постоянного лечения АГ знали 70 % опрошенных. Принимали регулярно в течение последнего года антигипертензивные препараты 55 %. Наиболее частыми причинами нерегулярного лечения в домашних условиях являлись: «не хочу принимать сразу большое количество таблеток» – 25 % и «забываю принять препарат вовремя» – 20 %. Наиболее частыми причинами возникшей необходимости стационарного лечения были: «обострение сопутствующих заболеваний» – 55 % и «возникла кризисная ситуация» – 45 %. Несмотря на низкую приверженность к амбулаторному лечению (55 %), причиной госпитализации нерегулярное лечение в домашних условиях называли всего 35 % опрошенных. Появление побочных реакций указано в 10 %.

**Заключение.** Что изменилось за 10 лет? В группе обследуемых в 2024 г. о необходимости постоянного лечения АГ знают 100 %. Это говорит об улучшении информированности пациентов. Получали регулярно лечение в течение последнего года 75 %. В лидерах причин нерегулярного лечения: «хорошо себя чувствую» – 15 % и «забываю принять препарат вовремя» – 10%. Частая причина госпитализации также «недостаточный эффект от подобранной схемы лечения» – 27,5 %. «Произошел перерыв в приеме лекарственных препаратов», «обострение сопутствующих заболеваний» и «возникла кризисная ситуация» указали по 20 % опрошенных.

Таким образом, необходима организация активного участия пациентов в лечении АГ, что повышает их приверженность к выполнению рекомендаций. Для этого можно рекомендовать следующее.

1. Обеспечение достаточной информационной базы по вопросам осложнений АГ, причин смертности и инвалидизации.
2. Оптимизация взаимодействия врач–пациент для эффективной коррекции модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

3. Индивидуализация медикаментозного лечения – оптимизация схемы назначения лекарственных препаратов, применение фиксированных комбинаций.

4. Обеспечение должного внимания лечению сопутствующей патологии, в том числе своевременная психотерапевтическая поддержка пациентов с АГ, как причины частых госпитализаций.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, антигипертензивная терапия, приверженность к лечению.

## **PATIENTS' ADHERENCE TO HYPERTENSION TREATMENT – WHAT HAS CHANGED IN 10 YEARS**

*Romanchuk L.N.*

Grodno state medical university (Grodno, Belarus)

**Keywords:** hypertension, antihypertensive therapy, adherence to treatment.

### **Сведения об авторе:**

Романчук Людмила Николаевна, старший преподаватель 1-й кафедры внутренних болезней, УО «Гродненский государственный медицинский университет» (Гродно), [lydrom45@yandex.by](mailto:lydrom45@yandex.by).

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ, ИХ РОДСТВЕННИКОВ И МЕДПЕРСОНАЛА НА ПАЛЛИАТИВНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ**

*Савицкая И.В., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Журавлева А.С.*

СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»» (Санкт-Петербург)

**Введение.** Прогресс медицинских технологий привел к увеличению выживаемости и продолжительности жизни пациентов с тяжелыми заболеваниями, которые в прежние времена были обречены. Часть этих пациентов вынуждены жить с заболеванием, от которого невозможно полностью излечиться, и поддерживать свое качество жизни, обращаясь к паллиативной помощи. Паллиативная помощь, создавая условия для повышения качества жизни пациента и его семьи, включает как медицинские, социальные, так и психологические аспекты. Для паллиативных отделений медицинский психолог является достаточно новым специалистом, но его наличие позволяет обращать внимание на психологические проблемы пациентов, столкнувшихся с неизлечимой болезнью, а также их родственников и медперсонала.

**Цель** – обозначить психологические проблемы больных, их родственников и медперсонала в зависимости от их жизненной ситуации и физического состояния больного.

**Материалы и методы.** Пациенты паллиативных отделений СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»». Методы исследования: наблюдение и клиническая беседа.

**Результаты.** У больных и их родственников актуализируются экзистенциальные проблемы, в основе разрешения которых лежит принятие жизни и проживание ее в настоящей момент в той мере, в которой это возможно для конкретного человека. Экзистенциальные

проблемы не всегда осознаются людьми, но влияют на их качество жизни, проявляясь через переживание ими актуальной жизненной ситуации и своего физического и психического состояния. Условно, в зависимости от жизненной ситуации и состояния, можно выделить несколько категорий пациентов. 1 категория – пациенты, психический статус которых позволяет им осознавать всю сложность своей жизненной ситуации, связанной с болезнью. Нередко болезнь у них появляется внезапно (вследствие катастрофы и т.п.) и резко нарушает привычный уклад жизни и жизненные планы. Для этих больных характерны раздражительность, агрессивность, аутоагрессия, страх беспомощности, апатия. Часто у этих пациентов осложнены отношения с родственниками, которые не могут принять болезнь и обреченность своего близкого, что проявляется либо в гиперопеки больного, либо в отчуждении от него. 2 категория – терминальные больные, для которых характерно амбивалентное состояние: человек понимает, что конечность его жизни реальна, но также отрицает это (строит жизненные планы без учета происходящего с ним). Некоторые родственники терминальных больных переживают ожидаемую утрату и нередко «оплакивают» больного, который ещё жив («предвосхищающее горе»). Другая часть родственников не готова принимать терминальное состояние близкого в силу разных причин – от материальных до психологических. Кроме указанных, у родственников возникают психологические проблемы в связи со смертью близкого. 3 категория – одинокие больные, которым после прохождения паллиативного лечения требуется перевод в специализированное учреждение, так как они не могут обходиться без помощи окружающих. Для этих больных характерны страх неопределенности и беспомощности, тревога за будущее.

У медперсонала возникают психологические трудности: прежде всего, это опосредованные через больных и их родственников экзистенциальные переживания, которые также не всегда осознаются медперсоналом, но влияют на их жизнь. Кроме экзистенциальных, у врачей могут быть психологические проблемы, связанные с необходимостью сообщать неприятную информацию больному и его родственнику о прогрессировании заболевания, о возможном летальном исходе. У среднего и младшего медперсонала психологические проблемы связаны с общением с больным в процессе выполнения медицинских процедур. Больные могут проявлять различные эмоциональные реакции и медперсоналу важно учиться понимать смысл той или иной реакции пациента. Например, некоторые агрессивные, на взгляд медсестры, проявления больного могут определяться его страхом перед медицинской манипуляцией. Психологическая неподготовленность медперсонала к работе в паллиативных отделениях служит фактором их эмоционального выгорания.

**Заключение.** Медицинскому психологу важно выстраивать психологическое сопровождение больного, его родственника в зависимости от психологических проблем, которые характерны для каждой категории пациентов. Медицинскому психологу необходимо проводить психологическую подготовку медперсонала и обсуждать с ним конкретные клинические случаи общения с больными и их родственниками, а также информировать об эмоциональном выгорании и его профилактике.

**Ключевые слова:** клинический психолог, пациенты, родственники, медперсонал, паллиативное отделение.

**PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF PATIENTS, THEIR RELATIVES  
AND MEDICAL PERSONNEL ON THE PALLIATIVE DEPARTMENTS  
OF A SOMATIC CLINIC**

*Savitskaya I.V., Chulkova V.A., Pestereva E.V., Zhuravleva A.S.*

St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution «City Hospital No. 28 “Maximilianovskaya”»  
(St. Petersburg)

**Keywords:** clinical psychologist, patients, relatives, medical staff, palliative care.

**Сведения об авторах:**

Савицкая Ирина Владимировна, к.м.н., главный врач СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»» (Санкт-Петербург), [b28@zdrav.spb.ru](mailto:b28@zdrav.spb.ru).

Чулкова Валентина Алексеевна, к.псих.н., доцент, медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»» (Санкт-Петербург), [vchulkova@mail.ru](mailto:vchulkova@mail.ru).

Пестерева Елена Викторовна, к.псих.н., медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»» (Санкт-Петербург), [vi-lena1@mail.ru](mailto:vi-lena1@mail.ru).

Журавлева Анна Сирусовна, медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская больница №28 «Максимилиановская»» (Санкт-Петербург), [anzhuravleva@mail.ru](mailto:anzhuravleva@mail.ru).

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ  
РЕЛАКСАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ**

*Савицкий И.С., Яскельчик И.Г.*

Гродненский государственный медицинский университет (Гродно, Республика Беларусь)

**Введение.** В настоящее время использование релаксационных техник является признанным и эффективным способом борьбы с отрицательным влиянием на человека стрессовых ситуаций. Релаксационные практики направлены на восстановление динамического равновесия физического и ментального состояния человека и представлены широким спектром методов, применимых при работе с психосоматическими заболеваниями, невротическими реакциями и кризисными состояниями (Каматтари, 2016). Данные методики также широко применяются в общемедицинской практике как метод психопрофилактики и психогигиены, создающий возможность саморегуляции психофизического состояния человека, нарушенной в результате стрессового воздействия (Тимошенко, 2006). Цель проведенного исследования – анализ факторов, влияющих на оценку пациентами эффективности данных методов в практике, для формирования актуальной стратегии их эффективного использования.

**Материалы и методы.** В рамках исследования проводилось добровольное анонимное анкетирование пациентов, проходивших стационарное лечение в терапевтическом отделении УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно» в период с октября по декабрь 2023 года. В ходе исследования было опрошено 68 пациентов в возрасте от 36 до 62 лет, которым оказывалась динамическая психотерапевтическая помощь за время стационарного лечения с использованием релаксационных методов. Для коррекции состояния использовались методы: аутогенной тренировки, сенсорной медитации, респираторного тренинга и нейромышечная релаксация.

**Результаты.** При анкетировании пациентам предлагалось оценить эффективность применения релаксационных методов психотерапии, что показало следующий диапазон оценок: «высокоэффективно» – 55,9 % (n=38), «достаточно эффективно» – 20,6 % (n=14), «недостаточно эффективно» – 13,23 % (n=9), «абсолютно не эффективно» – 10,27 % (n=7). Пациентам предлагалось выбрать из списка наиболее распространенных причин факторы, которые затрудняли эффективное использование релаксационных техник для стабилизации состояния. Наиболее значимым фактором 38,2 % (n=26) пациентов выделялось «Недостаточное влияние на все беспокоящие симптомы». Следующим по значимости фактором, по мнению 35,3 % (n=24) пациентов, являлась «Кратковременность положительного эффекта». Помимо этого, значимыми факторами являются: «Непонятность инструкций» у 27,9 % (n=19) пациентов, «Недоверие к методу и психотерапевту» у 19,1 % (n=13), а также «Появление физического дискомфорта и сопротивления при выполнении» у 16,1 % (n=11) опрошенных пациентов.

**Заключение.** Полученные результаты указывают на преимущественно положительное восприятие данных методов психотерапии, однако позволяют предположить два основных проблемных вектора при их использовании. Одним из данных проблемных вопросов является предложение релаксационных техник без учета модальности и структуры жалоб, что приводит к раннему отказу от их использования ввиду недостаточности эффекта. Во многом, данная проблема обусловлена недостаточной изученностью нейрофункциональных и нейрофизиологических эффектов от использования техник. Второй проблемный вектор это установление терапевтического контакта с пациентом, позволяющего обеспечить осознанное и серьезное отношение к своему психическому состоянию у терапевтических пациентов. Результаты указывают на необходимость организации систематической психопрофилактической помощи для данной группы пациентов, а также необходимость дальнейшего изучения нейрофизиологических основ применяемых релаксационных методов психотерапии для выявления нейрофункциональных маркеров их эффективности.

**Ключевые слова:** релаксационные методы, психопрофилактика, эффективность релаксаций.

## ACTUAL PROBLEMS OF APPLYING RELAXATION METHODS OF PSYCHOTHERAPY IN PRACTICE

*Savitsky I.S., Yaskelchik I.G.*

Grodno state medical university (Grodno, Belarus)

**Keywords:** relaxation methods, psychoprophylaxis, effectiveness of relaxation.

### **Сведения об авторах:**

Савицкий Игорь Святославович, старший преподаватель кафедры психотерапии и клинической психодиагностики Гродненского государственного медицинского университета, кандидат медицинских наук (Гродно, Республика Беларусь), [osvegys@gmail.com](mailto:osvegys@gmail.com);

Яскельчик Инна Геннадьевна, ассистент кафедры психотерапии и клинической психодиагностики Гродненского государственного медицинского университета (Гродно, Республика Беларусь), [Inna.pochebtyaskelchik@mail.ru](mailto:Inna.pochebtyaskelchik@mail.ru).

## СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Сирота Н.А., Фетисов Б.А.*

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва)

**Введение.** Онкологическое заболевание является источником выраженного дистресса, который связан с изменением привычного уклада жизни, угрожающим физическому и психологическому благополучию, характером болезни и пролонгированным разноплановым лечением. Современные подходы с применением лекарственной противоопухолевой терапии приводят к тому, что у некоторых пациентов фактически сокращается объем злокачественных новообразований, в других случаях лечение замедляет прогрессирование заболевания, при этом оно переходит в хроническую форму, в которой пациент может пребывать длительные годы на постоянном поддерживающем лечении. На всем протяжении развития заболевания и лечения пациенты используют механизмы совладающего поведения для регуляции уровня стресса и поддержания оптимального качества жизни.

**Цель.** Исследовать совладающее поведение онкологических пациентов, получающих противоопухолевое лекарственное лечение.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 85 пациентов с онкологическими заболеваниями (ЗНО поджелудочной железы, кишечника, молочной железы, легкого, горла, желудка, почки, щитовидной или предстательной железы, яичников, печени, меланома кожи, лимфома Ходжкина, фолликулярная лимфома, саркома Юинга, леймиосаркома голени, рак тела и шейки матки), получающих противоопухолевое лекарственное лечение, в возрасте от 18 до 77 лет. Распределение по стадиям заболевания следующее: у 9 пациентов – I стадия, у 23 – II стадия, у 23 – III стадия, у 30 – IV стадия. В рамках исследования проводилась психодиагностическая оценка: стратегий совладающего поведения – опросник «COPE» C.S. Carver с соавт. в адаптации Т.О. Гордеевой с соавт. (2010); глобальных имплицитных устойчивых представлений о себе и о мире – «Шкала базисных убеждений» R.Janoff-Bulman в адаптации М.А. Падун и В.А. Котельниковой (2008); социальной поддержки – «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» D. Zimet в адаптации Н.А. Сирота и В.М. Ялтонского (1994); самооффективности – «Опросник самооффективности в отношении лечения» А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой (2016); для оценки эмоционально-аффективной сферы применялись «Шкала депрессии» А.Т. Векс в адаптации Н.В. Тарабриной (2001) и «Шкала тревоги» А.Т. Векс et al. (1988). Статистическая обработка данных включала кластеризацию k-means, t-тест Стьюдента, корреляцию R Спирмена. Было выделено два кластера: 52 пациента не имели депрессивных симптомов или выбирали пункты, характерные для субдепрессивного состояния с высоким уровнем самооффективности (далее – ВС); 33 человека с показателями депрессии от умеренного до выраженного и низкой самооффективностью (далее – НС).

**Результаты.** Пациенты ВС значимо чаще пациентов НС используют стратегии совладающего поведения: «позитивное переформулирование», «юмор», «принятие», «планирование». Применение этих стратегий отрицательно коррелирует с показателями депрессии, в связи с чем можно предположить, что используемый репертуар копинг-стратегий помогает ВС пациентам эффективно справляться со стрессом, который вызван заболеванием и процессом лечения. Пациенты с НС чаще другой подгруппы концентрируются на эмоциях, применяют успокоительные или используют стратегии поведенческого ухода. При этом использу-

емый ими репертуар стратегий совладания со стрессом не помогает им снизить уровень эмоционального напряжения, что отражается в показателях уровня тревоги выше среднего.

В целом обе подгруппы выражают доверие к окружающему миру и убеждены в том, что удача им сопутствует, однако считают, что не всегда человек получает то, что заслуживает. Пациенты из подгруппы ВС в большей мере уверены, что они хорошие люди и способны контролировать окружающие события. Социальную поддержку пациенты из группы ВС ощущают сильнее, в то же время обе подгруппы в большей мере воспринимают поддержку от значимых близких людей и семьи, а наименьшую, по их ощущениям, получают от врача.

**Заключение.** Среди мишеней психотерапевтической работы с онкологическими пациентами, получающими лекарственное противоопухолевое лечение, стоит рассматривать механизмы совладающего поведения, которые оказывают влияние на их эмоционально-аффективное состояние и процесс адаптации к заболеванию и лечению.

**Ключевые слова:** совладающее поведение, копинг-стратегии, онкологическое заболевание, самоэффективность, адаптация.

## UNCERTAINTY AND COPING BEHAVIOR IN CANCER PATIENTS

*Sirota N.A., Fetisov B.A.*

Russian University of Medicine (Moscow)

**Keywords:** uncertainty, stress, coping strategies, coping resources, coping behavior, oncology.

### Сведения об авторах:

Сирота Наталья Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва), [sirotan@mail.ru](mailto:sirotan@mail.ru).

Фетисов Бронислав Александрович, аспирант кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (Москва), [lortic@mail.ru](mailto:lortic@mail.ru).

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА И УРОВНЯ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЛАЕНТНОСТИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

*Сотников В.А., Юдицкая А.С.*

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

**Введение.** По данным Международной диабетической федерации (IDF, 2022), в мире с каждым годом увеличивается количество заболеваний сахарным диабетом 1 типа (СД1) среди детей и подростков. В педиатрической практике ответственность за соблюдение проводимой терапии лежит на родителях ребенка-пациента, чья комплаентность к ситуации лечения складывается, в том числе из отношения к заболеванию ребенка. Оценка родителями состояния ребенка и конструктивная реакция на его заболевание формируют качественный уровень родительской комплаентности (Данилов, 2014).

Цель исследования – изучить взаимосвязь типа отношения к болезни ребенка и уровня родительской комплаентности в семьях детей с СД1.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 25 родителей детей с СД1 (22 женщины и 3 мужчин, возраст 22-44 года), проходящих стационарное лечение в эндокринологическом отделении РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. В качестве измерительного инструмента были использованы: «Опросник для определения уровня родительской комплаентности» (Баринова, 2018), «Методика диагностики отношения к болезни ребенка» (Каган, 1991).

**Результаты.** При анализе уровня родительской комплаентности с учетом описательных статистик представлено 52 % родителей с частичной комплаентностью, 40 % – с полной некомплаентностью и 8 %, имеющих комплаентное поведение к проводимой их детям терапии. Выявлено, что в 60 % случаев ( $0,5 \pm 2,0$  %) снижение комплаентности отмечалось вследствие отмены препаратов при плохом самочувствии ребенка после предыдущего приема, а в 48 % ( $0,5 \pm 2,0$  %) причиной являлась забывчивость родителей по отношению к приему препаратов. Также 48 % ( $0,5 \pm 2,0$  %) родителей указали на свою невнимательность в отношении времени приема препаратов. 20 % ( $0,4 \pm 1,6$  %) родителей могли без предварительной консультации с лечащим врачом заменить назначенный препарат в лечении ребенка на препарат «более эффективный» по их мнению.

По результатам исследования отношения родителей к болезни ребенка выявлено, что для 88 % родителей характерны высокие показатели по шкале Интернальности, у 56 % наблюдаются пониженные показатели шкалы Тревога, для 52 % исследуемых характерны низкие показатели по шкале Нозогнозии.

Корреляционный анализ продемонстрировал статистически значимую взаимосвязь между продолжительностью болезни ребенка и выраженностью тревоги родителей ( $r=0,549$ ;  $p=0,004$ ). В то же время установлена тенденция к взаимосвязи между выраженностью контроля активности детей и их возрастом: чем младше ребенок, тем чаще родители ограничивают его активность ( $r=-0,417$ ;  $p=0,043$ ). Статистически значимая взаимосвязь типа отношения к болезни ребенка и уровня родительской комплаентности в семьях детей с СД1 отсутствует.

**Заключение.** Для родителей детей с СД1 характерно частично комплаентное поведение к проводимой их детям терапии. Заболевание ребенка воспринимается ими как нечто независимое от родителей, что они не могут контролировать и чем не могут управлять. В связи с этим, в семьях детей с данным диагнозом выявлено отсутствие тревожных реакций на болезнь ребенка вследствие вытеснения тревоги, что приводит к преуменьшению тяжести его заболевания.

**Ключевые слова:** родительская комплаентность, отношение к болезни, сахарный диабет 1 типа.

## THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ATTITUDE TOWARDS THE CHILD'S DISEASE AND THE LEVEL OF PARENTAL COMPLIANCE IN FAMILIES OF CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS

*Sotnikov V.A., Yuditskaya A.S.*

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow)

**Keywords:** parental compliance, attitude towards the disease, type 1 diabetes mellitus.

**Сведения об авторах:**

Сотников Владислав Андреевич, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой общей психологии и психологии развития Института клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва), [sotnikov\\_va@rsmu.ru](mailto:sotnikov_va@rsmu.ru).

Юдицкая Анастасия Сергеевна, студент Института клинической психологии и социальной работы ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва), [anastasya.nabatova@yandex.ru](mailto:anastasya.nabatova@yandex.ru).

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА  
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТА**

*Тачалов В. В., Исаева Е.Р., Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Лобода Е.С.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Различные нарушения стоматологического здоровья имеют почти 100 % населения планеты. Исследования доказывают, что приверженность лечению, индивидуальная гигиена полости рта и отношение к своему здоровью тесно связаны с особенностями личности пациентов.

Среди стоматологической патологии болезни пародонта занимают ведущее место, уступая только кариозному процессу. Воспалительные заболевания пародонта диагностируются у 69-98 % пациентов. Ранняя потеря зубов, затрудненное жевание, эстетические дефекты негативно сказываются на качестве жизни, затрудняют процесс коммуникации.

В решении этой проблемы важное место отводится соблюдению пациентами приверженности к рекомендациям врача-стоматолога по профилактике и лечению заболеваний пародонта с учетом их личностных особенностей.

**Материалы и методы.** Обследовано 99 человек (62 женщин, 37 мужчин) в возрасте от 19 до 67 лет. Использовались психодиагностические методики: 1. Характерологический опросник Леонгарда–Шмишека (взрослый вариант); 2. Индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик (ИТО). Определялся индекс гигиены Грин–Вермильон в начале и конце периода исследования (через 1 месяц), по которому группа обследованных пациентов была разделена на две подгруппы: с отрицательной и положительной динамикой индивидуальной гигиены в период лечения. В первую группу вошли пациенты с отрицательной динамикой индекса Грин–Вермильон (у кого он в конце исследования увеличился), т.е. состояние гигиены полости рта ухудшилось. Во вторую группу вошли пациенты с положительной динамикой индекса Грин–Вермильон, т.е. у них гигиеническое состояние улучшилось.

**Результаты.** Между 1 и 2 группой обнаружилось статистически значимые различия в вопросе частоты замены зубных щеток. В группе 1 пациенты реже производили замену зубных щеток ( $0,94 \pm 0,42$ ) по сравнению с группой 2 ( $1,34 \pm 0,66$ ).

Между 1 и 2 группой обнаружилось статистически значимые различия в вопросе, замечает ли пациент кровоточивость десен. Пациенты 1 группы отмечали кровоточивость десен в большей мере ( $0,82 \pm 0,39$ ), во 2 группе число пациентов с кровоточивостью меньше ( $0,28 \pm 0,45$ ), что можно связать со снижением уровня гигиены полости рта в 1 группе.

В 1 группе отмечался более высокий уровень тревожности, связанный с необходимостью протезирования ( $0,17 \pm 0,72$ ), во 2 группе уровень тревожности был минимален ( $0 \pm 0$ ). Это можно связать с тем, что 1 группа не соблюдает рекомендации врача и хуже выполняет гигиенические процедуры полости рта, соответственно, у них чаще может возникать потребность в протезировании, нежели во 2 группе.

Статистически значимые различия регистрировались между группой 1 и 2 по уровню эмоциональной лабильности (неуравновешенности): в 1 группе аффективно-экзальтированный тип характера регистрировался в большей степени ( $19,05 \pm 4,85$ ), нежели во 2 группе ( $13,30 \pm 6,07$ ).

Статистически значимые результаты регистрировались между 1 и 2 группой по параметру гипертимный тип характера: в 1 группе прослеживался более высокий уровень данного показателя ( $16,05 \pm 3,17$ ), чем во 2 группе ( $12,44 \pm 6,0$ ).

В группе 1 также чаще встречались пациенты с циклотимным типом характера ( $16,4 \pm 6,19$ ) по сравнению со 2 группой пациентов ( $12,3 \pm 4,9$ ).

Статистически значимые различия регистрировались между 1 и 2 группой по шкале Экстраверсия: в 1 группе регистрировалось максимальное значение ( $6,5 \pm 1,8$ ), во 2 группе – минимальное ( $4,7 \pm 2,4$ ), т.е. в 1 группе встречались более общительные экстравертированные пациенты, чем в группе 2.

**Заключение.** Исследование показало, что такие психологические параметры, как эмоциональная уравновешенность, интровертированность, высокая эмоциональная саморегуляция поведения и тревога (обеспокоенность) за результаты лечения взаимосвязаны с соблюдением индивидуальной гигиены рта. Такой тип пациентов более привержен стоматологическому лечению и выполнению рекомендаций врача и правил гигиены.

**Ключевые слова:** психологические особенности личности, комплаенс, приверженность к лечению, профилактика заболеваний пародонта, индивидуальная гигиена.

**RELATIONSHIP OF INDIVIDUAL ORAL HYGIENE  
AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENT**  
*Tachalov V.V., Isaeva E.R., Orekhova L.Yu., Kudryavtseva T.V., Loboda E.S.*  
First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (St. Petersburg)

**Keywords:** psychological characteristics of the individual, compliance, adherence to treatment, prevention of periodontal diseases, individual hygiene.

**Сведения об авторе:**

Тачалов Вадим Вячеславович, доцент кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), tachalov@mail.ru.

## ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ И СКЛОННОСТЬ К ВОЗРАСТ-ЗАВИСИМЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КАК ПОСЛЕДСТВИЯ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ, ПЕРЕЖИТОГО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Фаустова А.Г.*

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)

**Введение.** Жестокое обращение с детьми является значимой междисциплинарной проблемой, затрагивающей общественное здравоохранение, социально-гуманитарные науки, юриспруденцию и правоприменительную практику. Нейробиологические и клиничко-психологические исследования преимущественно сосредоточены на констатации и описании негативных последствий насилия, пережитого в детском возрасте, а также способов совладания с ними. Наиболее существенными отдаленными последствиями, с которыми сталкиваются взрослые, пострадавшие от жестокого обращения, являются соматические заболевания, психические и поведенческие расстройства. Так, у индивидов, переживших насилие в детском возрасте, выявляют статистически более высокие риски возникновения онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринных нарушений (Hu et al., 2021; Li et al., 2023; Piontek et al., 2021). К возможным механизмам, опосредующим влияние психологической травматизации на физическое здоровье пострадавших и формирующим у них предрасположенность к возраст-зависимым заболеваниям, можно отнести эпигенетические мутации и ускоренное клеточное старение.

**Цель** – обобщить и сопоставить результаты проведенных к настоящему моменту молекулярно-генетических и эпигенетических исследований влияния жестокого обращения, пережитого в детском возрасте, на состояние физического здоровья пострадавших.

**Материалы и методы.** Был проведен аналитический обзор научной литературы, посвященной изучению последствий жестокого обращения, пережитого в детском возрасте, для физического здоровья, в частности – междисциплинарных исследований эпигенетического возраста и клеточного старения среди пострадавших от насилия в детстве.

Поиск научных материалов производился в зарубежных базах данных по ключевым словам: жестокое обращение с детьми, насилие над детьми (child abuse, child maltreatment); пренебрежение в детском возрасте (childhood neglect); биологический возраст (biological age); эпигенетический возраст (epigenetic age); эпигенетические часы (epigenetic clock); эпигенетическое старение (epigenetic aging); клеточное старение (cellular senescence); возраст-зависимые заболевания (age-related diseases); физическое здоровье (physical health).

**Результаты.** Оценку биологического возраста чаще всего производят по параметрам метилирования ДНК («эпигенетические часы»), по индикаторам длины теломерных участков хромосом («молекулярный возраст»).

Психологическая травматизация, пережитая в детском возрасте, и степень тяжести симптомов ПТСР на протяжении жизни коррелируют с показателями ускоренного эпигенетического старения (Wolf et al., 2018). При этом каждый новый дополнительный эпизод жестокого обращения, перенесенный в детском и подростковом возрасте, ускоряет эпигенетическое старение примерно на 6 месяцев.

Анализ профилей метилирования ДНК детей в возрасте от 6 до 13 лет, подвергшихся межличностному насилию, показал, что их биологический возраст «обгоняет» хронологический как минимум на одно стандартное отклонение (Jovanovic T. et al., 2017). Биологический

(эпигенетический) возраст, превосходящий хронологический, у детей и подростков, перенесших психологическое насилие, коррелирует со степенью выраженности у них симптомов депрессивного расстройства (Sumner et al., 2019). Среди взрослых пациентов с депрессивным расстройством предрасположенность к ускоренному эпигенетическому старению обнаруживается у тех, кто в детстве подвергался жестокому обращению (Han et al., 2018).

Укорочение теломерных участков хромосом и изменения митохондриальной ДНК выявляются у дошкольников уже в первые 6 месяцев после перенесённого эпизода жестокого обращения (Ridout et al., 2019). Во взрослом возрасте укороченные теломерные участки хромосом определяются именно у тех пациентов с шизофренией и биполярным аффективным расстройством, которые в детстве подвергались насилию (Aas M. et al., 2019).

Эпигенетический возраст выступает в качестве значимого предиктора таких возраст-зависимых заболеваний, как сахарный диабет, онкологические, нейродегенеративные и сердечно-сосудистые заболевания, а также преждевременной смерти, обусловленной рискованным поведением (Fransquet et al., 2019).

**Заключение.** Индивиды, подвергавшиеся насилию в детском возрасте, превосходят своих сверстников без соответствующего психотравмирующего опыта по показателям эпигенетического возраста. У них достоверно чаще выявляются маркеры ускоренного клеточного старения. Понимание механизмов влияния психологической травматизации на молекулярно-клеточном уровне и развития возраст-зависимых соматических заболеваний позволит разработать более таргетированные профилактические вмешательства.

**Ключевые слова:** преждевременное старение, клеточное старение, эпигенетический возраст, возраст-зависимые заболевания, жестокое обращение, насилие, детский возраст.

## **PREMATURE AGING AND PROPENSITY TO AGE-DEPENDENT DISEASES AS A CONSEQUENCE OF CHILD ABUSE**

*Faustova A.G.*

Ryazan State Medical University (Ryazan)

**Keywords:** premature aging, cellular senescence, epigenetic age, age-dependent diseases, abuse, maltreatment, childhood.

### **Сведения об авторе:**

Фаустова Анна Геннадьевна, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Рязань), [anne.faustova@gmail.com](mailto:anne.faustova@gmail.com).

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК: АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ

*Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Куш Т.А., Вольхина Д.М., Комяк И.В.*

Министерство здравоохранения Республики Беларусь,  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»  
Министерства здравоохранения Республики Беларусь

**Введение.** Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) является специфическим видом лечения, применяемым при различных онкологических и гематологических заболеваниях, таких как лейкемии, лимфомы и многие другие. Процедура заключается в замене больного или поврежденного костного мозга здоровыми стволовыми клетками, что позволяет восстановить нормальный гемопоэз (образование крови).

Оценка качества жизни у пациентов, прошедших ТГСК, играет важную роль в исследованиях этой процедуры. Это связано с тем, что ТГСК может оказать значительное влияние на физическое, психологическое и социальное благополучие пациентов.

Исследования показывают, что у пациентов после ТГСК могут возникать различные проблемы, такие как хроническая усталость, болезненность, а также психологические и эмоциональные трудности. В то же время многие пациенты ощущают значительное улучшение качества жизни благодаря успешной трансплантации и последующему выздоровлению.

Исследования оценки качества жизни у пациентов после ТГСК часто включают изучение физического состояния, психологического благополучия, качества социальных взаимоотношений и общего удовлетворения от жизни. Эти исследования помогают улучшить понимание того, как процедура влияет на жизнь пациентов и какие меры могут быть предприняты для улучшения результатов ТГСК.

Исследования качества жизни у детей после ТГСК являются актуальной темой, так как это серьезная процедура, оказывающая значительное влияние на их физическое, психологическое и социальное благополучие. Вот некоторые ключевые аспекты и результаты исследований:

1. **Физическое состояние.** После ТГСК у детей могут наблюдаться различные физические осложнения, такие как усталость, болевые ощущения, проблемы с пищеварением и т.д. Однако при успешной реабилитации и выздоровлении многие из этих симптомов могут улучшиться.

2. **Психологическое благополучие.** Дети, прошедшие ТГСК, могут испытывать стресс, тревожность и депрессию как в период лечения, так и после него. Психологическая поддержка играет ключевую роль в помощи им справиться с этими вызовами.

3. **Социальная адаптация и взаимоотношения.** Из-за длительного отсутствия в школе или других общественных средах дети могут столкнуться с трудностями в социальной адаптации. Однако с поддержкой родителей, учителей и других специалистов они могут успешно возвращаться к обычной жизни.

4. **Качество жизни исследования.** Исследования качества жизни у детей после ТГСК обычно включают оценку различных аспектов жизни, таких как физическое здоровье, психологическое состояние, социальная поддержка, образование и учебные успехи. Они позволяют оценить эффективность процедуры и разработать рекомендации по улучшению качества жизни пациентов.

5. Долгосрочные результаты. Важно также изучать долгосрочные результаты после ТГСК у детей, так как это помогает определить стабильность улучшений и возможные последствия процедуры в долгосрочной перспективе.

Исследования в этой области помогают улучшить понимание не только медицинских аспектов трансплантации, но и ее влияния на жизнь детей и подростков. Результаты этих исследований используются для разработки программ поддержки и рекомендаций для медицинских специалистов, работающих с детьми, прошедшими ТГСК.

**Материалы и методы.** Проведен анализ субъективного уровня жизни в связи с заболеванием. Анализ проводился посредством методики «Оценка качества жизни PedsQL 4.0» J.W. Varni для оценки качества жизни в предтрансплантационный период.

**Результаты.** Выборка лиц, находящихся на очереди на ТГСК, составляет 5 человек (2 мальчика и 3 девочки). Средний возраст составляет 13,6 лет.

Результаты анализа качества жизни показали значительное ухудшение физического функционирования у 65,6 % опрошенных детей, участвовавших в исследовании. Они испытывали трудности с физической активностью, такими как бег, прыжки или участие в активных играх. Опрос показал, что трудности связаны не только с условиями изоляции, но и с повышенной утомляемостью, которая наблюдалась еще до начала процедуры трансплантации; снижение уровня эмоционального функционирования (от 40 % до 55 % опрошенных), что указывает на проблемы с эмоциональным благополучием у детей. Вопросы страха, грусти, тревоги, раздражения и проблем со сном отражали сложности, с которыми сталкиваются пациенты. Этот аспект подчеркивает необходимость дополнительной поддержки и психологической помощи.

Однако социальное функционирование детей при поступлении в отделение оставалось на среднем уровне (от 55 % до 90 % опрошенных), что указывает на относительную стабильность в этом аспекте, несмотря на проведение процедуры трансплантации.

Таким образом, анализ данных подчеркивает важность комплексного подхода к улучшению качества жизни детей, прошедших трансплантацию, включая физическую реабилитацию, психологическую поддержку и социальную интеграцию.

**Заключение.** В заключение статьи об оценке качества жизни после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток можно подчеркнуть следующие ключевые аспекты.

1. Физическое и психологическое благополучие. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток является сложной и интенсивной процедурой, которая оказывает значительное влияние на физическое и психологическое состояние пациентов. Исследования показывают, что многие пациенты сталкиваются с трудностями в физической реабилитации и адаптации к новым условиям после трансплантации.

2. Эмоциональные вызовы и поддержка. Снижение уровня эмоционального благополучия после трансплантации свидетельствует о необходимости систематической психологической поддержки для пациентов. Особенно важно учитывать эмоциональные аспекты, такие как страх, тревожность и депрессия, которые могут возникнуть в процессе и после лечения.

3. Социальная адаптация и качество жизни. Социальное функционирование играет важную роль в адаптации после трансплантации. Важно обеспечить поддержку и включение пациентов в общественные и учебные среды для поддержания их общего благополучия и качества жизни.

4. Долгосрочное наблюдение и улучшение результатов. Долгосрочные исследования необходимы для более полного понимания долгосрочных последствий трансплантации на качество жизни. Это позволит разработать более эффективные стратегии реабилитации и поддержки пациентов.

**Ключевые слова:** ТГСК, реабилитация, качество жизни, адаптация.

**QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER HEMATOPOIETIC STEM CELL  
TRANSPLANTATION: ANALYSIS AND PROSPECTS**

*Khodzhaev A.V., Grigorieva I.V., Kush T.A., Volkhina D.M., Komyak I.V.*

Ministry of Health of the Republic of Belarus,  
State Institution «Republican Scientific and Practical Center for Mental Health»  
of the Ministry of Health of the Republic of Belarus

**Keywords:** HSCT, rehabilitation, quality of life, adaptation.

**Сведения об авторах:**

Ходжаев Александр Валерьевич, министр здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук, доцент (Минск), [a-hodzhaev@rambler.ru](mailto:a-hodzhaev@rambler.ru).

Григорьева Инесса Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, ученый секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [inessgrig@mail.ru](mailto:inessgrig@mail.ru).

Куш Татьяна Александровна научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [kush91@inbox.ru](mailto:kush91@inbox.ru).

Вольхина Дарья Михайловна, младший научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [dariawolf41@gmail.com](mailto:dariawolf41@gmail.com).

Комяк Ирина Валерьевна, лаборант отдела психических и поведенческих расстройств Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [irina\\_komyak@mail.ru](mailto:irina_komyak@mail.ru).

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ:  
НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ ЗАБОТЫ О ПАЦИЕНТАХ  
В ПРОЦЕССЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

*Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Куш Т. А., Вольхина Д.М., Комяк И.В.*

Министерство здравоохранения Республики Беларусь,  
Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»  
Министерства здравоохранения Республики Беларусь

**Введение.** В трудных жизненных ситуациях, связанных с риском смертельного исхода, потери качества жизни после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК), появляется риск возникновения тревожных и адаптационных расстройств у детей разных возрастных групп. Наиболее уязвимые категории детей – дети дошкольного и младшего

школьного возраста, а также дети, у которых родители имеют скрытые тревожные расстройства, проявляющиеся как негативный пример программы страданий.

По мнению некоторых авторов (Ho-Jun Seo, 2019), примерно у 20 % пациентов во время госпитализации по поводу ТГСК развиваются клинически значимые психические расстройства, такие как депрессивное расстройство, тревожное расстройство, расстройство адаптации с тревогой или депрессивным настроением. Кроме вредного воздействия на качество жизни, тревога и депрессия отрицательно влияют на уровень субъективного переживания тяжести симптомов, соблюдение режима лечения и продолжительность пребывания в больнице пациентов, перенесших ТГСК.

Многие пациенты воспринимают госпитализацию как травмирующее событие, и примерно у 30 % пациентов с ТГСК наблюдаются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) через 6 месяцев после ТГСК (Ho-Jun Seo, 2019).

Обзор частоты встречаемости рецидивирующих психических расстройств в исследованиях распространенных психических расстройств у пациентов с трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток с 2002 по 2020 гг. авторами (Ana Clara Paiva de Almeida, 2024) позволяет сделать выводы, что ТГСК представляет собой метод лечения, требующий длительного ухода со стороны многопрофильной команды из-за высокого уровня сложности, агрессивности и наличия рисков возникновения широкого спектра осложнений, которые необходимо контролировать, чтобы они не угрожали жизни или не оказывали негативное влияние на выживание и качество жизни.

Наряду с жизненными трудностями, влияющими на степень выраженности тревоги и адаптации, также существует вопрос диагностики психических расстройств личности в опросных методах исследования, связанный с конфиденциальностью психологических страданий, страхом постановки психиатрического диагноза (ПД). Поэтому в психодиагностической практике чаще проводится диагностика возможных психокоррекционных мишеней, чем психических расстройств. Понимание этого различия является важным последствием как для исследований психологического состояния лиц, выживших после химиотерапии и ТГСК на этапе позднего периода последствий онкологии, так и для планирования соответствующей оценки и программы кризисного вмешательства. Некоторые пациенты, выжившие после онкологии, с высоким уровнем симптомов дистресса могут не иметь симптомов достаточной степени выраженности или с сопутствующими нарушениями, позволяющими претендовать на конкретный ПД, а у других могут быть тяжелые симптомы, не совпадающие с закономерностями, полученными в результате изучения психических заболеваний.

Находясь длительно в состоянии дистресса, такие пациенты имеют неприятный эмоциональный опыт психологической (когнитивной, поведенческой, эмоциональной), социальной и/или духовной природы, который оказывает негативное влияние на способность эффективно справляться с последствиями ТГСК.

Метаанализ показал, что низкий комплайенс и некорригированный дистресс могут ассоциироваться со снижением качества жизни и ухудшением выживаемости. Пациенты с дистрессом часто пропускают контрольные скрининговые визиты, физически менее активны. Таким образом, следует сосредоточить внимание на психологических и поведенческих симптомах, вызывающих субъективный дистресс, и выявлении эффективных психокоррекционных подходов в их профилактике.

**Материалы и методы.** Проведен анализ субъективного уровня жизни и силы дистресса в связи с заболеванием. Анализ проводился посредством методики «Термометр дистресса» Дж. Голланда для определения уровня дистресса.

**Результаты.** Группа пациентов, находящихся в предтрансплантационном периоде ТГСК, составила 5 человек – 2 мальчика и 3 девочки. Средний возраст – 13,6 лет.

Пациенты сами заполняли термометр дистресса и определяли числовую рейтинговую шкалу, где 0 означал, что дистресс отсутствует, а 10 определял самый сильный дистресс. Оценка 4 или выше свидетельствовала о клинически значимом уровне дистресса. В оценку было включено 39 различных проблем, дифференцированных на 5 категорий: практические, эмоциональные, семейные, духовные/религиозные и соматические проблемы. Данное разграничение позволило понять природу дистресса и оценить, вызван ли дистресс практическими проблемами, физическим самочувствием, психологическим состоянием или сочетанием данных факторов.

Из практических проблем 100 % пациентов отмечали значительные сложности по «принятию решений по лечению»; 60 % выделяли транспортные проблемы. Проблемы, связанные с уходом у родителей за ребенком – 40 %; страхование/финансовые трудности – 40 %; 40 % процентов отмечали проблемы, связанные со школой.

В категории «семейные проблемы» 60 % пациентов выделили проблему «здоровье семьи», что подтвердило наличие слияния индивидуальных до уровня семейных границ, генерализацию тревоги за исход ТГСК и того факта, что прохождение процедуры воспринимается пациентами как угроза для здоровья всей семьи.

В категории «эмоциональные проблемы» пациенты отмечали наличие депрессии – 40 %; страхов – 60 %; нервозности – 60 %. Полученные данные показывают, что эти эмоциональные реакции связаны с тревожными ожиданиями и неопределенностью исхода после процедуры ТГСК.

В категории «проблемы со здоровьем» пациенты отмечали проявление следующих симптомов: 60 % чувствовали патологическую усталость; 60 % пациентов частую тошноту; 60 % испытывали болевые ощущения.

Результаты анализа данных показали, что все обследованные пациенты еще на начальном этапе (до введения стволовых клеток) испытывали значительный уровень дистресса: у всех пациентов уровень дистресса имел клинически значимую отметку (от 5 до 8 баллов), среднее значение 6,4 балла.

Полученные данные подтверждают, что важно обеспечивать пациентов поддержкой, информацией и психосоциальной помощью, чтобы снизить уровень дистресса и улучшить адаптацию, что, следовательно, повысит качество жизни пациентов и их родителей во время и после процедуры ТГСК.

Полученные данные подтвердили, что имеющийся у пациентов выраженный дистресс является фактором риска, снижающим приверженность к лечению. Имеющийся низкий комплаенс определял в свою очередь снижение клинического ответа на проводимое лечение и способствовал повышению тревоги относительно последующей неопределенности результата ТГСК.

Полученные данные помогли задать уточняющие вопросы, обозначить список проблем, определить терапевтические мишени и объем психокоррекционных вмешательств.

**Заключение.** Дополнительными факторами риска возникновения тревожных и адаптационных расстройств являются некорригированный дистресс во время прохождения процедур ТГСК. Выбор психокоррекционных вмешательств зависит от регистрации и нивелирования в первую очередь имеющегося дистресса в дотрансплантационном периоде.

**Ключевые слова:** дистресс, психокоррекция, ТГСК (трансплантации гемопоэтических стволовых клеток), тревожность, адаптация.

## **PSYCHOLOGICAL CORRECTION: AN INTEGRAL PART OF CARE FOR PATIENTS DURING HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION**

*Khojaev A.V., Grigoryeva I.V., Kush T.A., Volkina D.M., Komyak I.V.*

Ministry of Health of the Republic of Belarus,  
State Institution «Republican Scientific and Practical Center for Mental Health»  
of the Ministry of Health of the Republic of Belarus

**Keywords:** distress, psychocorrection, HSCT (hematopoietic stem cell transplantation), anxiety, adaptation.

### **Сведения об авторах:**

Ходжаев Александр Валерьевич, министр здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук, доцент (Минск), [a-hodzhaev@rambler.ru](mailto:a-hodzhaev@rambler.ru).

Григорьева Инесса Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, ученый секретарь Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [inessgrig@mail.ru](mailto:inessgrig@mail.ru).

Куш Татьяна Александровна, научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [kush91@inbox.ru](mailto:kush91@inbox.ru).

Вольхина Дарья Михайловна, младший научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [dariawolf41@gmail.com](mailto:dariawolf41@gmail.com).

Комяк Ирина Валерьевна, лаборант отдела психических и поведенческих расстройств Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск), [irina\\_komyak@mail.ru](mailto:irina_komyak@mail.ru).

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Четверкина Е.Д., Исаева Е.Р., Василевский Д.И., Баландов С.Г., Анисимова К.А.,  
Берулава Е.Т., Семикова Г.В., Мозгунова В.С., Зинченко А.В., Силина В.А.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Ожирение является многофакторным хроническим заболеванием, характеризующимся чрезмерным накоплением жира в организме, с высокой распространенностью. Морбидное ожирение в сочетании с СД-2 повышает риск развития хронических заболеваний,

увеличивает риск смертности, снижает качество жизни и является серьезной проблемой в области здравоохранения (Варикаш Д.В. и др., 2021).

**Материалы и методы.** В исследование включено 30 пациентов, имеющих диагноз морбидное ожирение, в период пребывания в стационаре в Центре хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Использовались следующие методики: Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Монреальская когнитивная шкала оценки когнитивных функций (MoCA), Опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями, Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ).

**Результаты.** Показатели тревоги и депрессии по группе у пациентов с морбидным ожирением находятся в пределах нормативных значений (уровень тревоги  $5,47 \pm 3,35$ ; уровень депрессии  $4,77 \pm 2,65$ ).

По результатам оценки качества жизни при помощи опросника SF-36 наиболее значимое снижение отмечалось по шкалам общее физическое благополучие (PH) ( $38,02 \pm 9,64$ ), шкале ролевого ограничения, связанного с физическим состоянием здоровья (RP) ( $45,00 \pm 37,37$ ), а также общее психическое благополучие ( $47,47 \pm 10,95$ ), что указывает на негативное влияние морбидного ожирения на повседневную активность пациентов.

По результатам методики SCL-90 среди респондентов говорит о преобладании шкал соматизации ( $0,96 \pm 0,61$ ) и депрессии ( $0,77 \pm 0,88$ ), наличии у пациентов чувства безнадежности, усталости и т.д. Небольшое увеличение по шкале навязчивости ( $0,78 \pm 0,49$ ) свидетельствует о наличии дистресса, который возникает из ощущений телесной дисфункции, в связи с этим предполагается наличие соматических проявлений тревоги. Высокие показатели по шкале доп. вопросы связаны с озабоченностью пациентов бариатрического профиля своим весом.

При сравнении показателей двух групп пациентов наблюдаются различия в выраженности шкал. Так, у пациентов с СД-2 больше выражена шкала депрессии ( $0,90 \pm 1,17$ ), шкала соматизации ( $1,07 \pm 0,55$ ), тревожности ( $0,50 \pm 0,57$ ). У пациентов с морбидным ожирением без СД-2 более выражены шкалы: чувствительность ( $0,59 \pm 0,41$ ), враждебность ( $0,52 \pm 0,52$ ) и дополнительные вопросы ( $0,78 \pm 0,58$ ).

Преобладающим типом пищевого поведения среди выборки является ограничительное ( $2,85 \pm 0,91$ ), что говорит о склонности пациентов к неупорядоченному приему пищи, бессистемным строгим диетам, частым срывам и последующему перееданию.

При сравнении показателей двух групп пациентов наблюдаются следующие различия: у пациентов с СД-2 более выражено эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение, им свойственно «заедать стресс», а прием пищи в большинстве случаев контролируется не реальным чувством голода, а внешним видом еды, запахом и т.д. У пациентов без СД-2 более выражено ограничительное пищевое поведение, они чаще предпринимают попытки ограничивать себя в еде за счет диет.

Средние показатели уровня комплаентности по группе соответствуют высокому уровню. Преобладает поведенческая комплаентность ( $29,73 \pm 4,97$ ), которая отражает стремление к преодолению болезни как препятствия совместно с врачами.

При проведении сравнительного исследования с применением критерия Мана–Уитни между двумя группами респондентов, были выявлены значимые различия в показателях

комплаентности. Уровень комплаентности у пациентов, чье заболевание осложнено наличием СД-2, на момент обследования выше, чем у пациентов с морбидным ожирением без СД-2. Стремление следовать врачебным предписаниям, обусловленное ориентацией на социальное одобрение, в большей степени присуще пациентам, имеющим морбидное ожирение и СД-2.

**Заключение.** Показатели тревоги и депрессии у всей выборки в пределах нормы. Оценка качества жизни у обеих групп снижена, что отражает ограничения в физических нагрузках и ролевого функционирования. Показатели соматизации превышают нормативные значения у всей выборки, отражая дистресс, проявляющийся в жалобах на соматическое состояние. Ведущий тип пищевого поведения среди выборки – ограничительный. Показатели уровня комплаентности по группе соответствуют высокому уровню. Были выявлены статистически значимые различия между уровнем комплаентности: уровень комплаентности у пациентов с СД-2 перед операцией выше чем, у пациентов без СД-2.

**Ключевые слова:** бариатрическая хирургия, морбидное ожирение, сахарный диабет второго типа, тревога, депрессия, комплаентность, пищевое поведение.

## CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND MORBID OBESITY

*Chetverkina E.D., Isaeva E.R., Vasilevsky D.I., Balandov S.G., Anisimova K.A., Berulava E.T.,  
Semikova G.V., Mozgunova V.S., Zinchenko A.V., Silina V.A.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (St. Petersburg)

**Keywords:** bariatric surgery, morbid obesity, type 2 diabetes mellitus, anxiety, depression, compliance, eating behavior.

### Сведения об авторах:

Четверкина Екатерина Дмитриевна, к.психол.н., доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург), [ekaterina\\_chetve@mail.ru](mailto:ekaterina_chetve@mail.ru).

Исаева Елена Рудольфовна, д.психол.н., профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург), [isajeva@yandex.ru](mailto:isajeva@yandex.ru).

Василевский Дмитрий Игоревич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [vasilevsky1969@gmail.com](mailto:vasilevsky1969@gmail.com).

Баландов Станислав Георгиевич, врач-хирург, к.м.н., заведующий хирургическим отделением № 2 НИИ хирургии и неотложной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [stasbal@gmail.com](mailto:stasbal@gmail.com).

Анисимова Кристина Александровна, к.м.н., врач-хирург хирургического отделения № 2 НИИ хирургии и неотложной медицины, ассистент кафедры хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии Первого Санкт-Петербургского

государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), anisimova-k-a@mail.ru.

Белурава Елена Тристановна, лаборант кафедры хирургических болезней стоматологического факультета с курсом колопроктологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), elenaberulava19977991@gmail.com.

Семикова Галина Владимировна, к.м.н., ассистент кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой имени Г.Ф. Ланга, эндокринолог НИИ ССЗ НКЦ колопроктологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), semikovagv@yandex.ru.

Мозгунова Валентина Сергеевна, ассистент кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии с клиникой имени Г.Ф. Ланга, эндокринолог НИИ ССЗ НКЦ колопроктологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург) sideLnikovavaLya@mail.ru

Зинченко Арина Вадимовна, заведующая отделением респираторной терапии клиники НИИ интерстициальных и орфанных заболеваний легких клиники Научно-клинического исследовательского центра Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), arina.zinchenko@gmail.com.

Силина Вероника Алексеевна, студент 4 курса, отделения клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), ramporuzza@gmail.com.

**СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ЛЕЧЕНИЯ  
КАК КОМПОНЕНТ МОТИВАЦИОННОГО УРОВНЯ  
ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ  
С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕМИССИИ**

*Шиловская Н.В., Главатских М.М.*

Балтийский Федеральный Университет им. И. Канта (Калининград)

**Введение.** Благодаря достижениям современной медицины и фармакологии, появлению инновационных методов диагностики и лечения, за последние десятилетия общий показатель пятилетней выживаемости онкобольных детей увеличился с 30 % в 1960-х годах до более чем 80 % в последние годы (ВОЗ, 2022). Вместе с тем сохраняется риск появления вторых опухолей и вероятность возникновения рецидивов составляет 2-5 % (Детская онкология. Национальное руководство, 2012). Качество жизни (КЖ), наряду с опухолевым ответом и безрецидивной выживаемостью (трех- и пятилетней), является одним из критериев эффективности лечения. КЖ включает в себя физическое состояние организма, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование человека (Рукавицын О.А., 2007). Оценка КЖ после завершения лечения позволяет осуществлять длительный мониторинг состояния больного в периоде ремиссии и отслеживать осложнения заболевания и побочные эффекты лечения (Пак Е.Е., Лысенко И.Б., 2009). Для увеличения продолжительности ремиссии и предотвращения рецидивов зачастую необходимы продолжение лечения, плановые диагностические осмотры и госпитализации.

Одним из вызовов остается изучение факторов, влияющих на увеличение продолжительности ремиссии и профилактику появления вторых опухолей в детском и подростковом возрасте. В подростковом возрасте неопределенность прогноза остро переживается и не дает возможности планировать будущее (Болбат, Скугаревская, 2021). Пациент, находящийся в состоянии неопределенности, оказывается малоспособным прогнозировать течение своей болезни, определять ее последствия для своего физического и психического благополучия, а также оценивать ее влияние на его дальнейшее психосоциальное функционирование (Лифинцева А.А., 2018). Подростки чаще показывают высокие уровни некомплаентности, трудности следования медицинским рекомендациям (Хаин, 2018). В этой связи нам представляется необходимым обратиться к понятиям «внутренняя картина болезни», «отношение к болезни», «внутренняя картина лечения», «субъективное восприятие лечения».

Целью данного доклада является поставить проблему изучения субъективного восприятия лечения подростков с онкозаболеваниями в ремиссии.

Внутренняя картина болезни формируется в защитных целях как реакция на стресс болезни и отражает реальные трудности адаптации к фрустрирующему фактору заболевания (Вассерман, Чугунов). Структура внутренней картины болезни по В.В. Николаевой (1987) включает 4 уровня: эмоциональный, чувственный, интеллектуальный и мотивационный. Л.И. Вассерман (1990) определяет отношение к болезни как знание о болезни, ее осознание, понимание роли и влияния болезни на социальное функционирование и эмоциональные и поведенческие реакции, связанные с болезнью. Отношение к болезни влияет на поведение больного. Конструкт внутренней картины лечения (ВКЛ), по мнению В.А. Урываева (2000), объединяет индивидуально-психологические и социально-психологические феномены в рамках психологического анализа субъективной стороны регуляции своего поведения человеком, обратившимся за медицинской помощью. Н.В. Зверева (2008) описывает ВКЛ как «субъективное восприятие пациентом всего процесса лечения от принятия решения посетить врача до изменения образа жизни под его руководством».

Мы рассматриваем субъективное восприятие лечения как компонент мотивационного уровня внутренней картины болезни, влияющий на качество жизни и длительность ремиссии. Мы предполагаем более глубокое эмпирическое изучение содержания феномена «субъективное отношение к лечению» у подростков и молодых взрослых с онкологическими заболеваниями в ремиссии с опорой на методологию отечественной и зарубежной психосоматики и нейрофеноменологического подхода.

**Заключение.** Цель планируемого исследования: изучить корреляты субъективного восприятия лечения в виде копинг-поведения, качества жизни, психоэмоционального состояния подростков, а также исследовать влияние социальных факторов, а именно ближайшего окружения на развитие субъективного восприятия лечения.

**Ключевые слова:** субъективное восприятие лечения, внутренняя картина болезни, ремиссия, подростки, комплаенс.

**SUBJECTIVE PERCEPTION OF TREATMENT AS A COMPONENT  
OF THE MOTIVATIONAL LEVEL OF THE INTERNAL PICTURE OF DISEASE  
IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS  
WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN REMISSION**

*Shilovskaya N.V., Glavatskikh M.M.*

Immanuel Kant Baltic Federal University (Kaliningrad)

**Keywords:** subjective perception of treatment, internal picture of the disease, remission, adolescents, compliance.

**Сведения об авторах:**

Шиловская Наталья Витальевна, аспирант Института образования и психологии, Балтийский Федеральный Университет им. И. Канта, [snatalia108@gmail.com](mailto:snatalia108@gmail.com).

Главатских Марианна Михайловна, кандидат психологических наук, доцент Института образования и психологии, Балтийский Федеральный Университет им. И. Канта.

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

---

## ДИНАМИКА ПРОЯВЛЕНИЙ АСТЕНИИ И ДЕПРЕССИИ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОХОЖДЕНИЯ КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ COVID-19

*Демидов П.М., Яковлева М.В., Софронова М.Г., Демченко Е.А.*

Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Минздрава России  
(Санкт-Петербург)

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

**Введение.** Пациенты, проходившие курс стационарного лечения от COVID-19, демонстрируют обширный диапазон психических расстройств, к числу которых относят депрессивные и тревожные расстройства, выраженную психическую и физическую астению, посттравматический стресс и др. (Короткова и др., 2021; Тяпаева и др., 2021). Актуальность медицинской реабилитации обусловлена наличием у многих пациентов постковидного синдрома, проявляющего себя порой спустя многие месяцы после пережитого заболевания (Гуляев и др., 2022; Петров и др., 2022).

**Материалы и методы.** В исследование были включены 104 пациента, перенесших COVID-19 и проходящих комплексную реабилитацию в Национальном медицинском исследовательском центре им. В.А. Алмазова. Большую часть выборки составили женщины (71,2 %); средний возраст пациентов –  $63,19 \pm 12,57$  года. 84,6 % пациентов во время болезни были госпитализированы в стационар в связи с коронавирусом; тяжелая и крайне тяжелая степени тяжести пневмонии были диагностированы у 58,6 %. Длительность программы реабилитации составляла около 2 недель; в нее входили дыхательная гимнастика, тренажерные тренировки, массаж грудной клетки, физиотерапия, консультация медицинского психолога.

Для оценки выраженности признаков астении использовался опросник «Субъективная шкала оценки астении» (MFI-20), для оценки выраженности симптомов депрессии – «Шкала депрессии Бека» (BDI).

**Результаты.** По результатам исследования пациентов при помощи методики MFI-20 было установлено, что при поступлении на отделение уровень общей астении составлял  $15,02 \pm 3,81$  баллов. Результаты пациентов по шкале физической астении составили  $13,52 \pm 3,99$ , по шкале психической астении –  $11,73 \pm 3,34$  баллов.

При выписке были выявлены значимые различия по всем субшкалам методики MFI-20, что указывает на снижение как физической, так и психической астении. Показатели общего уровня астении составили  $9,45 \pm 3,32$  баллов ( $t=16,59$ ;  $p<0,001$ ), физической астении –  $9,59 \pm 3,73$  ( $t=12,46$ ;  $p<0,001$ ), психической астении –  $8,50 \pm 3,57$  ( $t=9,14$ ;  $p<0,001$ ).

Исследование пациентов с помощью методики BDI позволило установить, что перед прохождением реабилитации их показатели депрессии составляли  $13,04 \pm 7,90$  баллов, что соответствует значениям легкой депрессии (субдепрессии). Баллы пациентов по субшкалам ко-

гнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии составляли  $5,69 \pm 4,71$  и  $7,25 \pm 4,10$  соответственно.

По итогам прохождения курса реабилитации отмечены значимые различия по всем показателям методики BDI, свидетельствующие о снижении выраженности депрессивных симптомов. Так, значения общей шкалы составили  $10,38 \pm 6,77$  баллов, что существенно ниже дореабилитационных показателей ( $t=5,47$ ;  $p<0,001$ ). Значения субшкалы когнитивно-аффективных проявлений депрессии составили  $4,91 \pm 4,21$ , соматических –  $5,47 \pm 3,38$ ; в отношении обоих показателей наблюдается значимое снижение ( $t=3,12$ ;  $p<0,01$  и  $t=6,26$ ;  $p<0,001$  соответственно).

**Заключение.** По результатам прохождения курса медицинской реабилитации пациенты демонстрируют значимо более благоприятные показатели по уровню астении и депрессивному эмоциональному фону, чем до прохождения курса.

**Ключевые слова:** COVID-19, постковидный синдром, медицинская реабилитация, астения, депрессия, динамика эмоционального состояния.

### **DYNAMICS OF ASTHENIA AND DEPRESSION MANIFESTATIONS DURING THE COURSE OF MEDICAL REHABILITATION IN PATIENTS AFTER COVID-19**

*Demidov P.M.<sup>1</sup>, Iakovleva M.V.<sup>2</sup>, Sofronova M.G.<sup>1</sup>, Demchenko E.A.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Almazov National Medical Research Centre (Saint Petersburg)

<sup>2</sup>Saint Petersburg State University (Saint Petersburg)

**Keywords:** COVID-19, postcovid syndrome, medical rehabilitation, asthenia, depression, emotional state dynamics.

#### **Сведения об авторах:**

Демидов Петр Михайлович, медицинский психолог, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Минздрава России (Санкт-Петербург), Demidov\_PM@almazovcentre.ru; petrdemidovx@gmail.com.

Яковлева Мария Викторовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург), m.v.yakovleva@spbu.ru.

Софронова Мария Генриховна, заведующий психотерапевтическим отделением, врач-психотерапевт высшей категории, врач-психиатр, научный сотрудник НИЛ ревматологии, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Минздрава России (Санкт-Петербург), sofronova\_mg@almazovcentre.ru.

Демченко Елена Алексеевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник НИЛ реабилитации, руководитель научно-клинического объединения реабилитации Национального медицинского исследовательского центра имени В.А. Алмазова Минздрава России (Санкт-Петербург). demchenko\_ea@almazovcentre.ru.

## **КОРРЕКЦИЯ ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АМПУТАЦИЮ В СВЯЗИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ РАНЕНИЕМ**

*Джалилова А.А., Вагайцева М.В., Крутов А.А.*

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России (Санкт-Петербург)

**Введение.** Фантомно-болевым синдромом (ФБС) – это хроническое переживание фантомной боли или иных ощущений удаленного органа. Частота возникновения фантомно-болевого синдрома у больных онкологическим заболеванием варьирует от 30 до 80 %, актуальных исследований по данным показателям среди раненных не обнаружено, однако из всех пациентов, направленных на консультацию психолога, 64 % респондентов обнаруживают фантомную конечность.

**Методы и материалы.** При коррекции ФБС используются два метода: клиническая беседа и зеркальная терапия. Основным механизмом воздействия зеркальной терапии является зеркальная стимуляция сенсорной коры для предотвращения заимствования информации из воспоминаний.

Исследуются две группы пациентов с ФБС. Представляется анализ промежуточных результатов исследования. Первая группа представлена 30 пациентами (47 % мужчин и 53 % женщин) в возрасте от 21 до 75 лет, перенесшими ампутации вследствие развития онкопатологии. Вторая группа состоит из 18 пациентов-мужчин в возрасте от 22 до 65 лет, утративших конечность вследствие минно-взрывной травмы.

**Результаты и заключение.** Результаты наблюдения показывают по признаку заинтересованности в коррекции ФБС большую заинтересованность в коррекции ФБС в первой группе проявляли женщины, во второй группе – респонденты, имеющие высшее военное образование.

По признаку причины мотивация чаще всего к устойчивому снижению мотивации к применению методов коррекции ФБС в первой группе приводит обесценивание симптома ФБС на фоне высокого уровня переживания витальной угрозы, во второй группе – проявления алекситимии и ПТСР.

Отмечается, что интенсивность проявления ФБС среди раненных значительно меньше, чем среди онкологических пациентов. Обращает на себя внимание, что пациенты, потерявшие сознание в момент ранения, отмечают меньшие проявления фантомной боли, чем пациенты, которые при полученном ранении оставались в сознании.

При этом у пациентов с онкологической патологией наблюдается лучший ответ на проводимую коррекцию ФБС, чем у пациентов с ранениями.

**Ключевые слова:** фантомная боль, зеркальная терапия, ампутация, онкологическое заболевание, ранение.

## **CORRECTION OF PHANTOM LIMB SYNDROME IN PATIENTS WHO HAVE SUFFERED AMPUTATION DUE TO ONCOLOGICAL DISEASE OR WOUND**

*Dzhalilova A.A., Vagaitseva M.V., Krutov A.A.*

Federal State Budgetary Institute N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology  
Ministry of Health of the Russian Federation (Saint Petersburg)

**Keywords:** phantom limb pain, mirror therapy, amputation, cancer, wound.

### **Сведения об авторах:**

Джалилова Анастасия Андреевна, клинический психолог Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), [anastasiadzhalilova@gmail.com](mailto:anastasiadzhalilova@gmail.com).

Вагайцева Маргарита Валерьевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии института медицинского образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), медицинский психолог Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Хоспис № 1» (Санкт-Петербург), клинический психолог Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), директор Ассоциации Онкопсихологов Северо-Западного Региона (Санкт-Петербург), [7707170m@gmail.com](mailto:7707170m@gmail.com).

Крутов Антон Андреевич, врач-онколог, заведующий отделением реабилитации Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), [medikrar55@yandex.ru](mailto:medikrar55@yandex.ru).

## **ВКЛЮЧЕНИЕ VR-ТЕХНОЛОГИЙ В РЕАБИЛИТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*Ильмузина А.В., Ковшова О.С.*

Самарский государственный медицинский университет (Самара)

**Введение.** По тяжести поражения, летальности и инвалидизации, а также по финансовым затратам на лечение и реабилитацию термическая травма занимает первое место среди других травм (Алексеев А.А., 2022). Оказание психологической помощи пациентам с ожогами должно способствовать повышению эффективности проводимого лечения. Использование аппаратно-программного комплекса с использованием VR-технологий для «виртуальной реальности» (VR) оснащает клинического психолога методом, имеющим ряд преимуществ в психодиагностике и психологической коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у пациентов с последствиями термических ожогов.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ожогового отделения №11 – ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова (Самара). Выборку составили 102 человека (40 мужчин и 62 женщины) с диагнозом «Последствия термических ожогов».

Методы исследования: метод рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, интегративный тест тревожности, шкала самооценки депрессии Цунга, тест жизнестойкости в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Расказовой, опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса. Аппаратно-программный психодиагностический комплекс с использованием VR-технологий (Ковшова О.С. и др., 2022).

**Результаты.** Установлены факторы психологической адаптации у лиц с ожоговой травмой: высокий уровень ситуативной тревожности, неадаптивные копинг-стратегии «дистанцирование» и «избегание», низкая фрустрационная толерантность, высокие показатели внешне агрессивного поведения и низкий уровень психосоциальной адаптации. Жизнестойкость ( $68,00 \pm 5,00$ ,  $p < 0,05$ ) и психологическая адаптация (GCR) ( $32,14 \pm 6,19$ ,  $p < 0,05$ ) достоверно снижены у мужчин в 3 старшей возрастной подгруппе ( $68,36 \pm 6,20$ ) по сравнению с другими подгруппами, где эти параметры находятся в пределах стандартных значений.

Появление в структуре психоэмоциональных нарушений в период ожоговой болезни комплекса «низкой интегративной жизнестойкости» (неуверенности в своих силах, напряженности, высокой личностной тревожности, низких психологических параметров жизнестойкости, неадаптивных копинг-стратегий – избегания или дистанцирования) указывает на снижение психологической адаптации и возможное формирование психосоматических расстройств.

Методом регрессионного анализа получены модели формирования жизнестойкости у пациентов с ожоговой травмой. При интрапунитивном необходимо-упорствующем реагировании ( $I > M > E, NP > ED > OD$ ) на ожоговую травму модель выглядит следующим образом:

$Ж = 35,1 + 1,10X_1 + 7,15X_2 + 2,13X_3 + 1,84X_4 + 2,95X_5$ , где Ж – интегративная жизнестойкость;  $X_1$  – процент поражения при ожоговой травме;  $X_2$  – общая личностная тревожность;  $X_3$  – общая ситуативная тревожность;  $X_4$  – копинг «конфронтация»;  $X_5$  – копинг «дистанцирование».

При экстрапунитивном самозащитном эмоциональном реагировании ( $E > M > I, ED > NP > OD$ ) на ожоговую травму полученная модель имеет вид:

$Ж = 122 - 2,03(X_1) + 0,2(X_2) - 0,7(X_3) - 2,2(X_4) - 3,3(X_5)$ , где Ж – интегративная жизнестойкость;  $X_1$  – общая личностная тревожность;  $X_2$  – копинг «конфронтация»;  $X_3$  – копинг «избегание»;  $X_4$  – «е» эмоциональные реакции в разрешении проблемы;  $X_5$  – «М» эмоциональные реакции в разрешении проблемы.

Программа психологического сопровождения включала в себя диагностику факторов, участвующих в адаптации при ожоговой болезни; обучение техникам ослабления болевого синдрома; снижение уровня тревожности и стабилизацию эмоционального фона, формирование адекватного отношения в болезни, обучение стратегиям совладания со стрессом и социальную поддержку. Основной этап КПП коррекции проводился в госпитальных условиях (10 занятий) 0,5 часа, 2 занятия в неделю.

АПК-VR комплекс использовался в психологическом антитипационном тренинге с использованием теста С. Розенцвейга по методу В.Д. Менделевича. Использование АПК-VR-метода на завершающем этапе лечения сводит к минимуму субъективное влияние экспери-

ментатора и автоматизирует работу, повышая эффективность процесса психодиагностического исследования и психологической коррекции.

**Заключение.** Таким образом, регрессионная математическая модель показывает, что «жизнестойкость» пациента вследствие термического ожога ( $p < 0,001$ ) зависит от степени поражения кожных покровов, ситуативной и личностной тревожности, неадаптивных копингов – конфронтации, избегания и дистанцирования. Появление в структуре психоэмоциональных нарушений комплекса «низкой интегративной жизнестойкости» указывает на снижение психологической адаптации и возможное формирование психосоматических расстройств. Лица с ожоговой травмой в старшей возрастной подгруппе более подвержены снижению «жизнестойкости». Инновационный подход в психологической реабилитации лиц с ожоговой травмой реализован не только в определении значимых психологических факторов в болезни, в регрессионной математической модели «жизнестойкости», но в использовании АПК-VR-метода на завершающем этапе лечения.

**Ключевые слова:** ожоговая травма, VR-технологии, жизнестойкость, психологическая реабилитация.

## THE INCLUSION OF VR-TECHNOLOGIES IN REHABILITATION PATIENTS WITH BURN INJURY

*Ilmuzina A.V., Kovshova O.S.*

Samara State Medical University (Samara)

**Keywords:** burn injury, VR technologies, resilience, psychological rehabilitation.

### Сведения об авторах:

Ильмузина Александра Викторовна, старший преподаватель кафедры общей и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета (Самара), [a.v.ilmuzina@samsmu.ru](mailto:a.v.ilmuzina@samsmu.ru).

Ковшова Ольга Степановна, д.м.н., профессор кафедры общей и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета (Самара) [o.s.kovshova@samsmu.ru](mailto:o.s.kovshova@samsmu.ru).

## БРИТАНСКИЙ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

*Караяни А.Г.*

Санкт-Петербургский военный институт войск национальной гвардии (Санкт-Петербург)

**Введение.** Специальная военная операция (СВО) российских войск на Украине протекает в обстановке, способной вызвать боевую психическую травматизацию военнослужащих и последующее развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Сегодня формируется теоретическая модель психологических последствий участия в СВО и большой интерес представляет опыт других государств по профилактике ПТСР у комбатантов. Цель статьи состоит в изучении британской системы психологической профилактики развития ПТСР у участников боевых действий.

**Материалы и методы.** Исследованы научные работы, анализирующие методы и формы деятельности британских специалистов по предупреждению развития ПТСР у комбатантов. Методами являлись изучение научной литературы и документов, логико-семантический анализ, синтез, классификация.

**Результаты.** Установлено, что британские и американские военнослужащие, участвующие в одних и тех же военных конфликтах, демонстрируют значимо различающиеся уровни ПТСР.

Специалисты Jones N., Jones M., Fear N., Fertout M., Wessely S., Greenberg N. установили, что лишь 7 % британских комбатантов страдают ПТСР и у 16-20 % из них проявляются симптомы распространенных психических расстройств, что аналогично фоновым значениям для Великобритании. Среди американских комбатантов уровень ПТСР составляет 21-29%.

Изучение исследований британских и американских учёных указанных выше позволяет выделить основные факторы этих различий. Мы классифицируем эти факторы так:

1. Возрастной фактор. Британские военнослужащие несколько старше американских.
2. Профессиональный фактор. Британские комбатанты являются профессиональными военнослужащими, американские – нередко резервистами.
3. Элитность войск. В зонах военных конфликтов чаще всего действуют представители элитных британских подразделений, отличающиеся высокой мотивацией принадлежности и коллективизмом.
4. Время. Британские военнослужащие направляются в зоны боевых действий на четко обозначенный срок, который вдвое короче. На американских военнослужащих негативно влияет практика продления срока нахождения в боевой обстановке уже в процессе решения боевых задач.
5. Психологическая взаимопомощь в боевой обстановке. В Британской армии действует отлаженная система профилактики боевой психической травматизации непосредственно в боевой обстановке – Trauma Risk Management (TRiM). Она заключается в обучении боевого психологического актива методам выявления боевого стресса у сослуживцев и побуждение их к вербализации своих переживаний («разделённое горе – полгоря»).
6. Социально-психологическая реадаптация комбатантов. Вернувшиеся британские солдаты проходят через программу «трёхместной декомпрессии» (Third Location Decompression (TLD)), которая является психологической подготовкой к встрече с мирным социумом, технологией адаптации и ресоциализации.

Однако необходимо отметить, что есть обстоятельства, ещё более драматизирующие различия в уровнях ПТСР у британских и американских военнослужащих.

Во-первых, структуры ПТСР по Международной классификации болезней (ICD-11) и американскому руководству (DSM-5) существенно отличаются. Проводя психодиагностику ПТСР, американцы по существу выявляют и оценивают «комплексное» ПТСР по критериям ВОЗ. Таким образом, разрыв в психологических последствиях между британцами и американцами ещё сильнее.

Во-вторых, в США действует развёрнутая психологическая служба, встроенная в систему борьбы с боевым стрессом, являющаяся крупнейшей в мире. В Британии лишь главный клинический психолог вооружённых сил. Все меры по профилактике ПТСР возлагаются на командиров, а реабилитацией ветеранов занимаются местные гражданские реабилитационные структуры.

Вместе с тем анализ обсуждаемой темы показал, что до 30-40 % британских ветеранов страдают алкоголизмом. Причём уровень алкоголизации таков, что порой ведёт их к полной социальной дезадаптации. Алкоголизм, не являясь критерием и симптомом ПТСР, нередко оказывается более тяжёлым последствием войны.

**Заключение.** Британские военнослужащие, выполняя боевые задачи, аналогичные с американцами, демонстрируют втрое более низкие уровни ПТСР. Свообразными барьерами на пути развития ПТСР у британских военнослужащих является целостная система профилактических мер: психологических, социально-психологических и организационных.

К сожалению, исследователи не указывают на вклад описываемых факторов в общий психопрофилактический результат. Его выяснение – предмет последующих исследований.

**Ключевые слова:** ПТСР, трёхместная декомпрессия, комбатант.

### **BRITISH EXPERIENCE IN THE PREVENTION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS IN COMBAT PARTICIPANTS**

*Karayani A.G.*

St. Petersburg Military Order of Zhukov Institute of the National Guard of the Russian Federation  
(St. Petersburg)

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, triple decompression, injury risk management.

**Сведения об авторе:**

Караяни Александр Григорьевич, профессор кафедры психологии служебной деятельности Санкт-Петербургского военного ордена Жукова института войск национальной гвардии Российской Федерации, член-корреспондент РАО, Заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, профессор (Санкт-Петербург), karayani@mail.ru.

### **К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС**

*Козлов А.А., Клименко Т.В., Абрамов С.В., Игумнов С.А., Шахова С.М.*

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии  
им. В.П. Сербского» (Москва, Россия)

Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск, Республика Беларусь)

ФГАОУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет  
им. Н.И. Пирогова» (Москва, Россия)

**Введение.** В настоящее время на фоне обострившихся мировых конфликтов мы все чаще сталкиваемся с последствиями, отражающимися не только на лицах, перенесших тяжёлый стресс, но и на их родственниках и членах семей. Данный вопрос очень важен, поскольку от него зависит не только будущее конкретного человека, его психическое, психологическое и физическое здоровье, но и психическое здоровье и социальное благополучие всей его семьи. Реалии военных действий в первую очередь отражаются на людях, как мирном населении, так и военнослужащих.

**Материалы и методы.** Систематизированы и проанализированы научные публикации библиографических баз PubMed и РИНЦ, касающиеся комплексного посттравматического стрессового расстройства (С-PTSD или КПТСР) – состояния, которое может развиваться в результате длительных, повторяющихся травм в контексте того, что у человека мало или нет шансов перестать быть жертвой (Бек Дж.С., 2006).

**Результаты.** Особенностью данной категории пациентов является высокая вероятность воздействия на них комплекса неблагоприятных факторов, в том числе несущих угрозу здоровью и жизни (Колов С.А., 2011). Чаще всего заболевание носит комплексный характер и связано как с органическими поражениями головного мозга в результате внешних травм (ЧМТ, употребление ПАВ, включая алкоголь, наркотики, никотин), так и с возникающими или вновь обостряющимися психологическими проблемами, даже на фоне изначального психического здоровья. Ответная реакция организма в этих случаях формируется как сложный многокомпонентный процесс, который зависит от характеристики раздражителя, от показателей состояния и резервных возможностей организма, реакции платы и функций структур ЦНС, составляющих аппарат гомеостатической регуляции. В условиях вооруженных конфликтов основными стрессогенными факторами являются, помимо реальной угрозы жизни, высокая напряженность труда и отсутствие полноценного отдыха, неопределенность и динамичность оперативной обстановки, пребывание в непривычных климатических условиях, постоянная готовность к отражению внезапного нападения, плохое материальное обеспечение и бытовая неустроенность. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется разнообразными вегетативными симптомами (учащенное сердцебиение, одышка, гипергидроз, дрожание и др.), свидетельствующими о напряжении механизмов реактивной саморегуляции и развитии специфических психофизиологических изменений на невротическом уровне – невротических реакций, нередко затяжных (Колов С.А., 2011). Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство может проявляться в острой форме и проходить самостоятельно, но также может переходить в хроническую стадию. Поэтому число лиц, перенесших тяжелый стресс и нуждающихся в психоневрологической, в том числе и медико-психологической, помощи, в последние годы заметно увеличилось (Снедков Е.В., 1997). Информации о возникновении таких расстройств у беженцев и вынужденных переселенцев постоянно дополняется.

Результаты проводимых исследований показывают, что большую роль в развитии комплексного посттравматического стрессового расстройства играет нервно-психическая неустойчивость (НПН) в виде предрасположенности индивида к срывам деятельности при психотравмирующей ситуации. НПН тесно связана с неблагоприятным детским опытом (НДО), выступающим «сенситизирующим» фактором для развития ПТСР, через диссоциативные процессы, отношения с самим собой, эмоциональное развитие, социальное развитие, системные и контекстуальные факторы (Harris J., Loth E., Sethna V., 2024), что отражает наличие донозологических форм девиантного поведения и потенциальную возможность развития дезадаптивных нарушений в процессе профессиональной деятельности и резко изменяющихся условиях среды. Высокий уровень НПН мешает целенаправленному реагированию и способствует манифестации новых дезадаптивных реакций. Результатом этого может быть неадекватное социальное и профессиональное поведение.

В связи с этим большое значение имеет выявление категорий лиц, нуждающихся в коррекции психофизиологических, нейровегетативных, соматических функций и реабилитации,

а допуск к определенным видам деятельности должен учитывать уровень НПП в контексте НДО. Это позволит оптимизировать требования к системе медицинского наблюдения за состоянием нейровегетативной и психологической сфер населения и повысить эффективность работы медицинской службы по сохранению здоровья и социального благополучия людей.

**Заключение.** Сохранение здоровья, адаптации комбатантов и беженцев, прогнозирование уровня их социального функционирования, психического и психологического здоровья являются важной медико-социальной задачей для психотерапевтической и психологической служб. На наш взгляд, с поставленной задачей можно справиться только комплексными профилактическими и реабилитационными мерами, принятыми на уровне государства. В работу с данной категорией лиц должны быть вовлечены не только медицинские работники, но и психологи, социальные работники, педагоги. Комплексная программа должна не только восстановить психическое и психологическое здоровье людей, но заново вернуть их к существованию в мирное время, что зачастую является наиболее трудным.

**Ключевые слова:** тревога, стресс, адаптация, реабилитация, психотерапия.

**ON THE ISSUE OF ORGANIZING A COMPREHENSIVE TREATMENT  
AND REHABILITATION PROGRAM FOR PEOPLE  
WHO HAVE SUFFERED SEVERE STRESS**

*Kozlov A.A., Klimenko T.V., Abramov S.V., Igumnov S.A., Shakhova S.M.*

V.P. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology  
of the Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow, Russia)

State Institution «Republican Scientific and Practical Center of Mental Health»  
(Minsk, Republic of Belarus)

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia)

**Keywords:** anxiety, stress, adaptation, rehabilitation psychotherapy.

**Сведения об авторах:**

Козлов Александр Александрович, д.м.н., заместитель генерального директора по научной работе и стратегическому развитию, заведующий кафедрой наркомании и токсикомании ФДПО, [aakozlov@inbox.ru](mailto:aakozlov@inbox.ru).

Клименко Татьяна Валентиновна, д.м.н. профессор, директор Национального научного центра наркологии – филиала, [klimenko17@mail.ru](mailto:klimenko17@mail.ru).

Абрамов Сергей Владимирович, преподаватель Учебно-методического отдела, [asw2000@rambler.ru](mailto:asw2000@rambler.ru).

Игумнов Сергей Александрович, д.м.н. профессор, главный научный сотрудник, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, [sa.igumnov@gmail.com](mailto:sa.igumnov@gmail.com).

Шахова Светлана Михайловна, к.м.н., старший научный сотрудник.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАДЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Коновальчик Т.К.*

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

Санкт-Петербургское государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт психологии  
и социальной работы» Санкт-Петербург)

ООО «Наша Забота», пансионат с лечением для пожилых людей (Санкт-Петербург)

**Введение.** Последние годы наблюдается тенденция к увеличению продолжительности жизни населения и его старению. По прогнозам ВОЗ к 2050 году планируется увеличение доли населения старше 60 лет с 12 % до 22 %. Одной из серьезных проблем пожилого возраста является риск падения. Травмы в результате падений встречаются в 10-20 % случаев, из них 6-12 % в виде переломов. Травмы, полученные при падении, могут стать причиной снижения качества жизни, инвалидизации или даже смерти пожилого человека. Психологические факторы, влияющие на риск падения, являются модифицируемыми и именно поэтому представляют интерес для изучения.

**Материалы и методы.** Для подготовки материалов был использован анализ данных отечественных и зарубежных источников. Для отбора статей применялись поисковые системы PubMed, ResearchGate, Elsevier, Scopus, Google Scholar. Были отобраны 96 русскоязычных и англоязычных статей за последние 10 лет, отражающих эмпирические исследования, посвященные рискам падения и связанными с ним психологическими факторами.

**Результаты.** Один из существенных психологических аспектов, ассоциированных с повышенным риском падения, заключается в страхе падения. Этот психологический феномен может проявляться как у пожилых лиц, имеющих опыт падения, так и у тех, кто не сталкивался с подобными ситуациями. Страх падения более часто возникает у людей, имеющих заостренные личностные черты, чаще истероидные. Также высокий уровень тревоги способствует формированию страха падения и косвенно влияет на его риски, может способствовать формированию избегательного поведения при страхе падения. Избегание двигательной активности из-за страха упасть приводит к снижению качества жизни, способствует развитию депрессивных состояний. С одной стороны, это происходит из-за низкой самоэффективности пожилого человека, а с другой, – из-за снижения выработки нейромедиаторов. Также ограничение двигательной активности приводит к сужению социальных контактов, что также может провоцировать изменение фона настроения. В свою очередь депрессия усиливает гиподинамию, оказывая влияние на снижение мышечной массы, и увеличивает риски падения. Было выявлено, что катастрофизация положительно связана со страхом падения и со степенью избегательного поведения. Пациенты, представляющие себе тяжелые последствия падения и сильную боль, чаще избегают активности, даже если она им по силам. Тем не менее не всё избегательное поведение увеличивает риск падения. Если пациент избегает подъема с постели и ходьбы по ровной поверхности, то это увеличивает астенизацию и риск упасть, а вот избегание более сложных видов деятельности, таких как подъем по лестнице, ходьба по скользкому полу – напротив снижает. Серьезное влияние на риски падения оказывает когнитивное снижение. Наиболее сильно влияет снижение лобных программирующих и контролирующих функций. Было выявлено, что пациенты с когнитивным снижением могут недооце-

нивать степень опасности и собственные возможности, что приводит к построению неоптимального маршрута и риску упасть. Наряду со снижением лобных функций на риски падения негативно влияет распад оптико-пространственных представлений и зрительного гнозиса. Пожилые пациенты с легкими когнитивными нарушениями не точно оценивают время, которое необходимо затратить на прохождение определенного маршрута, что также способствует риску падения. При постановке эксперимента, где пациент вначале мысленно проходил функциональный тест Up&Go, а затем осуществлял двигательную программу в реальности, была установлена тенденция к преувеличению пожилыми людьми предварительной оценки временных затрат на прохождение теста.

**Заключение.** Таким образом, основными психологическими факторами, влияющими на риск падения, могут стать страх падения, депрессия, тревога, низкая самооэффективность, катастрофизация мышления, дезадаптивные копинг-стратегии с преобладанием избежательного поведения, распад когнитивных функций, в частности зрительного гнозиса, оптико-пространственных представлений, снижение функций программирования и контроля деятельности.

**Ключевые слова:** риск падения, страх падения, тревога, депрессия, когнитивные нарушения, катастрофизация, самооэффективность.

## PSYCHOLOGICAL RISK FACTORS FOR FALLS IN OLDER ADULT

*Konovalchik T.K.*

Saint Petersburg State University (Saint Petersburg)

Saint Petersburg State Autonomous Educational Institution of Higher Education  
«Saint Petersburg State Institute of Psychology and Social Work» (Saint Petersburg)  
«Our Care» LLC, nursing home for the elderly (Saint Petersburg)

**Keywords:** fall risk, fear of falling, anxiety, depression, cognitive impairments, catastrophizing, self-efficacy.

### Сведения об авторе:

Коновальчик Т.К., Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург) – аспирант кафедры медицинской психологии, Санкт-Петербургское государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы» (Санкт-Петербург) – преподаватель кафедры клинической психологии, ООО «Наша Забота», пансионат с лечением для пожилых людей (Санкт-Петербург) – медицинский психолог, [Konovalchikpsy@yandex.ru](mailto:Konovalchikpsy@yandex.ru).

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В РАМКАХ РАННЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Логина И.О.*

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск),  
ФГБУ «Федеральный Центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России  
(Красноярск)

**Введение.** Организация психологической помощи пациентам кардиологического профиля в рамках ранней стационарной реабилитации играет важную роль в их полноценном восстановлении и адаптации к новым условиям жизни (Тубекова, 2020). Зачастую, после

оперативного вмешательства пациенты сталкиваются с физическими, эмоциональными и психологическими изменениями, которые могут сильно повлиять на их самочувствие и качество жизни (Anderson, 2016). Организация психологической помощи может быть различна для пациентов с интернальным и экстернальным локусом контроля, поскольку именно локус контроля обрисовывает те «границы», в рамках которых человек может самостоятельно контролировать свой жизненный мир и определять специфику поведения, связанного со здоровьем.

**Материалы и методы.** Нами использовался опросник «Уровень субъективного здоровья» (УСЗ), разработанный в НИИ им. Бехтерева (Бажин, Голынкина, Эткинд, 1993). Данная экспериментально-психологическая методика позволяет достаточно быстро и эффективно оценить уровень субъективного контроля испытуемого над различными жизненными ситуациями (в том числе в области здоровья), поэтому подходит для применения в клинической психодиагностике. Кроме этого, мы анализировали медицинскую документацию и проводили с пациентами клиническое интервью на выявление основных трудностей послеоперационного периода. В исследовании принимали участие 30 пациентов.

**Результаты.** На первом психодиагностическом этапе нами был определен локус контроля (общий и в области здоровья) всех пациентов.

Были получены следующие результаты:

1) общая интернальность как черта личности присуща 60 % пациентов, что характеризует их как независимых, решительных, самостоятельных;

2) доминирование экстернально-ориентированной направленности, которая выражается в передаче ответственности за себя и свои действия другим, характерно для 40 % пациентов, что указывает на их особенность приписывать свои успехи и достижения внешним обстоятельствам: везению, счастливой судьбе или помощи других людей;

3) интернальность в области здоровья выявлена у 60 % пациентов, что характеризует их позицию «здоровый образ жизни – это путь к процветанию» и заставляет человека добиваться улучшения качества жизни даже при неизлечимой болезни;

4) наличие у 40 % пациентов экстернального локуса контроля в области здоровья свидетельствует о том, что для них характерна экстернальная позиция «я болеющий человек», которая определяет пассивность, отсутствие веры в эффективность лечения и профилактики.

На втором этапе для пациентов с экстернальным локусом контроля в области здоровья была организована система мероприятий психологической помощи.

Настоящее исследование показало, что при сохранении показателей общей интернальности / экстернальности как черты личности произошли изменения показателей интернальности в области здоровья: 90 % пациентов по результатам реабилитационных мероприятий продемонстрировали более высокий интернальный локус контроля в области здоровья (прирост 30 %). При этом в ходе беседы все эти пациенты подтвердили готовность к выписке и самостоятельному контролю за жизненно важными показателями, за соблюдением режима.

**Заключение.** Таким образом, организация психологической помощи пациентам кардиологического профиля в рамках ранней стационарной реабилитации с учетом интернального и экстернального локуса контроля в сфере здоровья играет важную роль в их полноценном восстановлении и адаптации к новым условиям жизни.

**Ключевые слова:** ранняя стационарная реабилитация, организация психологической помощи, пациенты кардиологического профиля, локус контроля, здоровье.

## ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL CARE FOR CARDIOLOGICAL PATIENTS AFTER SURGERY INTERVENTION WITHIN THE FRAMEWORK OF EARLY INPATIENT REHABILITATION

*Loginova I.O.*

FSBEI HE Prof. V.F. Voino-Yasenetsky KrasSMU MOH Russia (Krasnoyarsk),  
FSBI «Federal Center for Cardiovascular Surgery» MOH Russia (Krasnoyarsk)

**Keywords:** early inpatient rehabilitation, organization of psychological assistance, cardiac patients, locus of control, health.

### **Сведения об авторе:**

Логинова Ирина Олеговна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и педагогики с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск), медицинский психолог ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (Красноярск), loginova70\_70@mail.ru.

## ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КОМБАТАНТОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Нарольская Д.П., Кобрянова И.В.*

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Распространенность негативных психологических последствий боевого стресса, повышенной трудовой нагрузки, требующей от личного состава значительного психоэмоционального и волевого напряжения, обуславливают необходимость раннего начала медико-психологической коррекции с изучением особенностей её реализации.

На этапе квалифицированной медицинской помощи комбатанты проходят длительный этап медицинской реабилитации. Сохраняющиеся во время лечения психоэмоциональные нарушения характеризуются различными вариантами неврозоподобных состояний: астеническим синдромом, астеновегетативным синдромом, синдромом вегетососудистой дистонии. Часто у военнослужащих, выполнявших специальные задачи, отмечаются реакции с аффектом страха и тревоги, поведенческими нарушениями (с оттенком негативизма и «протестными» проявлениями). Особенностью таких нарушений является выраженное беспокойство, внутреннее напряжение, переживание сцен боевой обстановки (напоминающее феномены репереживания – «flashback»), а также кошмарные, тематически окрашенные сновидения.

Для своевременного выявления предпатологических психических изменений и повышения эффективности лечения появляется необходимость в раннем начале проведения медико-психологической коррекции уже на госпитальном этапе лечения.

**Материалы и методы.** В исследовании представлен анализ клинического опыта проведения медико-психологической коррекции, на основе опроса медицинских психологов, врачей-психиатров и психотерапевтов, а также выделены наиболее эффективные методы восстановления психического здоровья военнослужащих.

Комбатанты, находящиеся на стационарном этапе лечения, были выделены в две группы. К первой группе (n=21) относились военнослужащие, находящиеся в рядах Российской

армии не менее 2 лет, психологически адаптированные к профессиональной деятельности. Вторая группа (n=29) состояла из добровольно изъявивших желание вступить в ряды Российской армии и мобилизованных.

**Результаты.** У первой группы пациентов наблюдалась положительная мотивация к проводимым специалистами психокоррекционным занятиям, а также к реализации психо-профилактических и реабилитационных мероприятий. Военнослужащие данной группы предъявляли жалобы на следующие симптомы: «чувство усталости», нарушение сна (трудности с засыпанием), слабость, внутреннее опустошение, общую разбитость, снижение памяти.

У пациентов второй группы прослеживалась низкая готовность к совместной активной психокоррекционной работе со специалистами. Пациенты были более замкнутыми, со сниженной самооценкой, выраженным чувством внутреннего беспокойства, утратой веры в будущее, с нарушениями сна в виде кошмарных сновидений и поверхностного сна, не приносящего чувства отдыха, снижение памяти и концентрации внимания. Проявлялся неврастенический симптомокомплекс: головные боли, выраженные соматические проявления при обсуждении волнующих тем, крайняя раздражительность, быстрая утомляемость, за которой следует медленное восстановление сил.

В процессе проведения медико-психологической коррекции на госпитальном этапе лечения установлено, что для первой группы пациентов наиболее эффективной являлась психотерапия с использованием биологически обратной связи, а для второй – десенсибилизация и переработка движением глаз.

Наибольшее положительное воздействие медико-психологическая коррекция оказала на качество сна: количество комбатантов с нарушениями сна уменьшилось почти втрое – с 96 до 34 %. Вдвое снизились жалобы на раздражительность – с 88 до 43 %. Также редуцировались жалобы комбатантов на снижение концентрации внимания – с 75 до 44 %, чувство внутреннего беспокойства – с 68 до 36 %, жалобы уменьшились на снижение памяти с 85 до 69 %. Однако значимых изменений на такие жалобы, как головные боли, выраженность соматических проявлений, не произошло.

**Заключение.** Таким образом, раннее начало медико-психологической коррекции позволяет выявить предпатологические изменения психического состояния комбатантов, уменьшить выраженность негативных последствий боевого стресса, профилактировать заболевания, вызванные стрессовыми факторами военной деятельности в период повышенной служебной нагрузки. Значительно повышает эффективность медико-психологической коррекции учет стажа трудовой деятельности военнослужащих и особенность выбора методов их психокоррекции в условиях стационарного лечения.

**Ключевые слова:** медико-психологическая коррекция, комбатанты, боевой стресс.

## FEATURES OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF COMBATANTS IN MODERN CONDITIONS

*Narolskaya D.P., Kobryanova I.V.*

Military Medical Academy (Saint Petersburg)

**Keywords:** medical and psychological correction, combatants, combat stress.

**Сведения об авторах:**

Дарья Петровна Нарольская, слушатель ординаторы по специальности «Терапия» Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), [darya.narolskaya@mail.ru](mailto:darya.narolskaya@mail.ru).

Ирина Викторовна Кобрянова, канд. психол. наук, старший научный сотрудник НИЛ (медико-психологической коррекции и реабилитации) НИО (медико-психологического сопровождения) научно-исследовательского центра Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург), [irvikobr@yandex.ru](mailto:irvikobr@yandex.ru).

**МЕСТО МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА  
В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ**

*Рогачева Т.В.*

ГАУ Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов» (Екатеринбург)

Как определено в Федеральном законе о реабилитации, под комплексной реабилитацией понимается «оптимальное для каждого инвалида сочетание мероприятий и услуг по основным направлениям комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида в целях его социальной адаптации, в том числе достижения им материальной независимости, и интеграции в общество» (ФЗ № 651-ФЗ). Таким образом, организация реабилитационного процесса с позиции российского законодательства требует комплексного подхода.

Для решения вопроса комплексности в реабилитации и абилитации необходимо определиться с самим понятием «комплексность». Зачастую комплексность понимается как междисциплинарное применение различных методов, технологий, инструментов. В соответствии со стандартами предоставления услуг по комплексной социальной реабилитации и абилитации, в реабилитационном процессе участвуют различные специалисты: специалисты по социальной реабилитации, врачи, педагоги, логопеды, юристы, специалисты по социальной работе, инструкторы по адаптивной физической культуре, а также психологи-педагоги и медицинские психологи. Возникает вопрос: в практической деятельности кто из специалистов сможет объединить различные знания и действия различных специалистов в целях многостороннего и целостного изучения сложных объектов, которыми, несомненно, выступают как реабилитационный процесс, так и сам человек с ограниченными возможностями жизнедеятельности?

Считаем, что своеобразным «цементирующим» фактором может выступить медицинский психолог. Приведем аргументы.

Комплексный подход требует реализации определенных принципов (Попов В.А., 2010). Рассмотрим, как реализуются эти принципы, и каковы функции медицинского психолога в реабилитационном процессе.

1. Принцип многосторонности означает требование изучать одновременно несколько свойств, сторон, аспектов, присущих сложноорганизованному объекту. Когда человек, имеющий статус «инвалид» начинает реабилитацию как восстановление утраченных структур и функций, или абилитацию как формирование определенных функций, необходимых для социализации и интеграции в социум, несомненно, требуется работа междисциплинарной реабилитационной команды, которая сможет выстроить оптимальный реабилитационный маршрут. Для этого в первую очередь необходимы такие знания о человеке, помимо сомати-

ческого состояния, как его реабилитационный потенциал, реабилитационный прогноз и мотивированность на реабилитационный процесс. Именно диагностику этих показателей может осуществить психолог, а также учесть полученные данные при назначении конкретных реабилитационных мероприятий.

2. Принцип конгруэнтности, т.е. совместимости знаний, предполагает, что в комплексной реабилитации совмещаются, дополняют друг друга различные направления реабилитационного процесса.

3. Отсюда – третий принцип, принцип единства, который требует от всех специалистов, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий, формулирования и понимания общей цели реабилитации, в рамках которой каждым формулируются частные задачи по каждому направлению комплексной реабилитации и абилитации. Медицинский психолог, как понимающий и соматическое, и психологическое состояние реабилитанта, может адекватно сформулировать общую цель и помочь другим специалистам определить частную задачу.

4. Все специалисты реабилитационного процесса, имея одну цель, становятся единомышленниками, т.е. командой. Внутренняя динамика команды – это также функция медицинского психолога.

5. Принцип интеграции частных результатов в единый целостный результат реабилитации требует синтезирования отдельных результатов по каждому направлению реабилитационного процесса в общую результативность, что также доступно для медицинского психолога. Результативность может быть оценена с помощью реабилитационной диагностики.

Таким образом, медицинский психолог выполняет интегративную функцию в комплексной реабилитации и абилитации.

**Ключевые слова:** комплексность, принципы комплексности, реабилитационный процесс.

## THE PLACE OF THE MEDICAL PSYCHOLOGIST IN COMPREHENSIVE REHABILITATION AND HABILITATION

*Rogacheva T.V.*

State Autonomous Institution of the Sverdlovsk Region  
«Regional Center for Rehabilitation of Disabled Persons» (Ekaterinburg)

**Keywords:** complexity, principles of complexity, rehabilitation process.

### **Сведения об авторе:**

Рогачева Татьяна Владимировна, доктор психологических наук, доцент, ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», заведующий отделением комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов (Екатеринбург), [TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru).

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ РЕЛИГИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ

*Соловьева С.Л.*

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург)

**Актуальность.** Война – предельный случай травматического стресса, не обеспеченного привычными ресурсами психологической реальности человека, приводит к острой психической дезадаптации, к расстройствам личности и поведения. Ц.П. Короленко считает, что в структуре нарушений формируемого боевым стрессом посттравматического стрессового расстройства осевым симптомом является нарушение идентичности (Короленко Ц.П. и др., 2000), восстановление которой традиционными психологическими воздействиями в реабилитации комбатантов часто не дает результата.

**Цель исследования.** Высказывается положение о том, что преодоление того, что выходит за пределы обычного, требует применения соответствующих необычных, принципиально иных подходов, основанных на метаценностях, формирующих масштабную перспективу, в рамках которой травматические события приобретают иное значение. Экстремальные воздействия в этом случае могут выступать в качестве отправной точки личностного развития и роста.

**Психотерапевтические ресурсы религии.** В качестве ресурса, позволяющего сохранять идентичность в условиях травматического стресса, может использоваться причастность к российской ментальности, вера, выполняющая функции защиты, порождения смысла, формирования идентичности, обеспечения эмоционального комфорта, контроля импульсов и саморегуляции, реализация потребности власти и влияния, побуждения к личным изменениям (Pargament K.I., 2013). Психотерапию и духовную практику объединяют: необходимость самопознания; поиск ресурсов к изменению; признание позитивной роли страдания; обретение целостности (Белорусов С., 2007). Религия оказывает помощь в преодолении тревоги, горя, вины и боли, их принятие, а также восстановление ресурсов ответственности, радости, отваги, вдохновения, целеполагания и благоговения перед жизнью (Алексейчик А., 2004).

**Заключение.** Восстановление идентичности комбатанта предполагает реконструкцию «системы координат» внутреннего мира, в качестве которых выступают значимые для российской ментальности ценности добра и зла, справедливости и порядка, любви, доверия, прощения и т.д., создаваемые религиозным мировоззрением. Религиозно-ориентированная психотерапия позволяет формировать у комбатанта такие психологические характеристики, как эмпатия (Зражевская И.А., 2017), сострадание, милосердие (Седанкина Т.Е., 2020), толерантность (Панин С.А., Пошибайлов М.А., 2016), рефлексия (Сунцова Я.С., 2009), позволяющие им адаптироваться к условиям мирной гражданской жизни (Pargament K.I., 2013).

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, идентичность, психологические ресурсы, религия, эмпатия, толерантность, рефлексия.

## RELIGIOUS RESOURCES IN PSYCHOTHERAPY FOR COMBATANTS' PSYCHOLOGICAL RECOVERY

*S.L. Solovyeva*

FSBEI HE North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov  
of the Ministry of Health of the Russian Federation (Saint Petersburg)

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, identity, psychological resources, religion, empathy, tolerance, reflection.

### **Сведения об авторе:**

Соловьева Светлана Леонидовна, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России (Санкт-Петербург), [S-Solovieva@ya.ru](mailto:S-Solovieva@ya.ru).

## ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ПТС У НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА ОТДАЛЕННОМ ЭТАПЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

*Хажуев И.С.*

Чеченский государственный педагогический университет,  
Республиканский психоневрологический диспансер (Грозный)

**Введение.** Экстремальные события, сопряженные с угрозой для жизни и здоровья, оставляют в психике человека неизгладимый след. Как указывают исследователи, наиболее тяжелые последствия у прямых и косвенных жертв психотравмирующих событий могут отмечаться в условиях длительной антропогенной чрезвычайной ситуации. Диагностируемые в клинической практике последствия психотравмирующих событий очень часто распознаются специалистами как феномены посттравматического стресса (ПТС), которые обычно сопровождаются при клиническом уровне выраженности патологическими изменениями в эмоционально-личностной сфере, приобретая устойчивый характер и проявляясь у травмированных лиц в течение всей жизни (Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова, С.Г. Сукиасян, Х.Б. Ахмедова, Р.В. Кадыров). Исходя из этого, было проведено экспериментальное исследование специфики проявления признаков посттравматического стресса на отдаленном этапе длительной чрезвычайной ситуации (ЧС) у населения региона, где длительное время действовал режим контртеррористической операции (КТО) и проходили боевые действия.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось среди населения Чеченской Республики в 2024 году. Эксперимент проводился путем подворного обхода и опроса жителей разных районов республики. Всего было опрошено 882 человека (по половому признаку общая выборка состояла из 201 мужчины и 681 женщины, средний возраст опрошенных 46 лет).

Методики исследования: шкала оценки влияния травматического события (Н.В. Тарабрина); клинико-демографическая карта психоневрологического диспансера ЧР.

Статистическая обработка: для выявления средних значений в нескольких независимых выборках был использован однофакторный дисперсионный анализ.

**Результаты.** Экстремальные события в период активной фазы КТО в отдельных районах ЧР в силу определенных факторов проходили с наибольшей интенсивностью, сопровождаясь в том числе и жертвами среди мирного населения. Естественно, помимо экстремальных событий антропогенного генеза, в жизни людей могли возникать и другие стрессовые ситуации, не связанные с критической обстановкой в регионе (бытовые стрессы, тяжелые заболевания, потеря близких и прочее). Все это в совокупности могло вызвать отсроченные психические нарушения, проявляющиеся в первую очередь в виде реакций посттравматического стресса (ПТС). С учетом этого, в 2024 году, через 15 лет после официального прекращения на территории ЧР режима КТО, было проведено эмпирическое исследование параметров выраженности интенсивных стрессовых реакций среди гражданского населения. В исследовании приняли участие жители практически всех районов республики, что позволило определить районы с наиболее высоким показателем травматических переживаний среди населения.

Так, в результате анализа выраженности ПТС было установлено, что жители Шалинского, Введенского и Ножа-Юртовского районов имеют наиболее высокие значения, тогда как респонденты из Надтеречного и Шелковского районов, а также Аргунского городского округа продемонстрировали значительно низкие показатели по выраженности ПТС ( $p=0,000$ ).

Вместе с тем в рамках исследования были также проанализированы показатели выраженности посттравматических реакций у населения в зависимости от уровня образования. Анализ диагностических данных показал, что симптомы ПТС наиболее выражены у респондентов с незаконченным средним образованием, в то время как менее выраженными эти симптомы оказались у лиц со средним общим и средним специальным образованием ( $p\leq 0,05$ ).

В то же время, учитывая то, что переживание феноменов ПТС может иметь и возрастную специфику, были проанализированы показатели выраженности реакций ПТС в зависимости от возрастных характеристик жителей ЧР. Так, путем сравнительного анализа было установлено, что наиболее высокие значения по всем критериям ПТС имеют лица, достигшие возрастного периода от 51 до 70 лет, при этом у лиц старше 70 лет отмечено снижение проявлений признаков расстройства. Однако наиболее низкие значения по параметрам выраженности ПТС имеют более юные жители ЧР – лица, достигшие возрастного периода 18-30 лет ( $p\leq 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, согласно результатам исследования, на отдаленном этапе длительной ЧС феномены ПТС могут по-разному проявляться у населения в прошлом проблемного региона и зависеть от конкретной географии проживания. Предположительно, высокий уровень ПТС в определенных районах может быть обусловлен сочетанием разнообразных неблагоприятных социально-психологических и экономических факторов с высокой интенсивностью психотравмирующих ситуаций. В то время как в районах, где частота и интенсивность экстремальных событий была ниже, могут отмечаться более низкие показатели выраженности среди населения реакций ПТС. При этом низкий уровень образования и возраст могут быть факторами усиления реакций ПТС.

**Ключевые слова:** травматический стресс, вторжение, избегание, гиперактивность, возраст, уровень образования.

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РНФ, проект № 24-28-20482.

## MANIFESTATIONS OF PTSD SYMPTOMS IN THE POPULATION OF THE CHECHEN REPUBLIC IN THE LONG-TERM PHASE OF A PROTRACTED EMERGENCY SITUATION

*Khazhuyev I.S.*

Chechen State Pedagogical University, Republican Psychoneurological Dispensary (Grozny)

**Keywords:** traumatic stress, invasion, avoidance, hyperactivity, age, education level.

### **Сведения об авторе:**

Хажуев Ислам Сайдахмедович, кандидат психологических наук, доцент, заведующий ПНИЛ «Инновационные технологии предупреждения угроз безопасности общества» ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет», медицинский психолог ГБУ «Республиканский психоневрологический диспансер» (Грозный), [hazhuyev@mail.ru](mailto:hazhuyev@mail.ru).

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ БИНАУРАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

*Шиндриков Р.Ю., Хромов А.А., Яковлев А.А.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Использование метода бинауральной стимуляции, согласно клиническим рекомендациям (Юрова О.В., Кончугова Т.В., 2023) АПК КАП КПС-«ЭКРАН», является эффективным инструментом в лечении пациентов с психосоматической патологией, эмоциональной лабильностью и вегетативными нарушениями, что соответствует задачам клинического психолога в реабилитационном и неврологическом отделении. Комплекс КАП КПС «ЭКРАН» является зарегистрированным медицинским изделием (регистрационное удостоверение № ФСР 2012/14162 от 03.03.2023 г.) и входит в стандарты оснащения ЛПУ на основании Приказов МЗ № 788н от 31.07.2020, № 450н от 14.05.2021 и № 1034н от 30.12.2015 г.

Цель данной статьи – представление результатов краткосрочной апробации комплекса в условиях неврологического стационара.

**Материалы и методы.** Комплекс использовался в рамках осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий на базе неврологического отделения № 2 клиники научно-исследовательского института неврологии НКИЦ ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» МЗ РФ при оказании специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями центральной и периферической нервной системы. В процессе оценки лечебно-реабилитационных возможностей аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса (ПРАК) приняли участие 40 пациентов (17 мужчин, 23 женщины), находящихся на стационарном лечении с диагнозом хронической дорсалгии, а также жалобами на нарушения сна, выраженной тревожной и депрессивной симптоматикой. Всем пациентам были проведены от 4 до 12 процедур на протяжении двух недель госпитализации в рамках психологического сопровождения совместно с тренинговыми занятиями и психологическим консультированием. Диагностика проводилась с помощью методики «Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ)», Восьмицветового теста Люшера, структурированного клинико-психологического интервью. Для осуществления

лечебно-диагностического протокола и дальнейшей обработки результатов была сформирована мультдисциплинарная рабочая группа, в которую вошли неврологи, клинические психологи, специалисты физической и реабилитационной медицины, а также члены Экспертного Совета Ассоциации развития реабилитации, физиотерапии и абилитации (АРРФА).

**Результаты.** В результате проведенного исследования было установлено, что большинство пациентов (87,5 %), которым было назначено курсовое применение ПРАК, имели признаки снижения тревожной симптоматики и уменьшение соматических симптомов (по 4DSQ), при отсутствии направленной на это медикаментозной терапии.

Из 12 пациентов, предъявивших жалобы на трудности в засыпании или поверхностный сон, 8 отметили значительное улучшение качества сна по субъективной оценке. Большинство больных засыпали во время процедуры в режиме «сон».

Бинауральное воздействие использовалось также для снижения болевого синдрома у пациентов с хронической дорсалгией, в соответствии с методическими рекомендациями в режиме «релаксация». Несмотря на то, что рекомендуемый курс составляет 13-15 бинауральных воздействий, снижение интенсивности болевого синдрома в ходе нашего наблюдения было отмечено при более коротком воздействии, также продемонстрирована положительная корреляция с возрастанием общего количества процедур.

**Заключение.** Полученные результаты требуют дальнейшей статистической проверки, увеличения выборки исследования и введения групп сравнения и группы «плацебо», однако уже на данном этапе можно отметить безопасность, простоту и высокую универсальность метода для пациентов психосоматического и неврологического профиля. На основании полученных результатов можно сделать вывод о высоких реабилитационных возможностях системы ПРАК при интеграции в работу специализированных отделений неврологии, центров реабилитации (II и III этапы медицинской реабилитации), кабинетов клинического психолога, а также лечебно-профилактических учреждений психотерапевтического и психоневрологического профиля.

**Ключевые слова:** метод бинауральной стимуляции, реабилитация, хронический болевой синдром, тревога, депрессия

## EXPERIENCE OF USING THE BINAURAL STIMULATION SYSTEM IN THE REHABILITATION OF NEUROLOGICAL PATIENTS

*Shindrikov R. Yu., Khromov A.A., Yakovlev A.A.*

First Saint-Petersburg State Medical University (Saint-Petersburg)

**Keywords:** Binaural stimulation method, rehabilitation, chronic pain syndrome, anxiety, depression.

### **Сведения об авторах:**

Шиндрик Роман Юрьевич, медицинский психолог неврологического отделения № 2 клиники НИИ неврологии НКИЦ ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» МЗ РФ, ассистент кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» МЗ РФ; Член Экспертного Совета Ассоциации развития реабилитации, физиотерапии и абилитации (АРРФА).

Хромов Алексей Андреевич, медицинский психолог неврологического отделения № 2 клиники НИИ неврологии НКЦ ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» МЗ РФ.

Яковлев Алексей Александрович, заведующий неврологическим отделением № 2 клиники НИИ неврологии НКЦ ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И. П. Павлова» МЗ РФ, кандидат медицинских наук, директор «Ассоциации развития реабилитации, физиотерапии и абилитации (АРРФА)», доцент кафедры лечебной физкультуры и спортивной медицины ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» МЗ РФ.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ФАНТОМНЫХ БОЛЕЙ НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИТРАВМОЙ

*Яковлева М.Б., Белаи В.А., Малыгин А.В., Найман Е.К.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Пациенты с политравмой, подвергшиеся ампутации конечности, неизбежно сталкиваются с переживанием боли, компонентами которой является боль в области послеоперационной раны, фантомная боль (ФБ) и фантомные ощущения. Контроль боли в области раны осуществляется назначением анальгетической терапии, в некоторых случаях – хирургическими методами. В то же время лечение фантомных болей требует междисциплинарного подхода. Патогенез фантомных болей комплексный и включает психологический аспект, который мало изучен в настоящее время, несмотря на острую актуальность проблемы. Даже при невыраженной интенсивности в 2-3 балла по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боль, не требующая медикаментозного лечения, может заблокировать процесс реабилитации, снижая готовность пациента участвовать в занятиях по ЛФК, процедурах физиотерапии и создавая у него негативные ожидания относительно дальнейшей социальной адаптации, возвращения к привычной повседневной жизни.

**Материал и методы.** На базе Центра лечения сочетанной травмы были обследованы 30 пациентов мужского пола в возрасте 35 (от 21 до 43) лет с политравмой через 6 (от 4 до 10) недель после ампутации на уровне голени (58 %), стопы (19 %), верхней конечности (12 %), бедра (11 %). Все пациенты получали базовую терапию, включавшую антиконвульсанты, обезболивающие препараты, психологическое сопровождение, ЛФК и симптоматическое лечение. Оценивали: интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекс мобильности по шкале Rivermid, выраженность проявлений травматического стресса по опроснику на скрининг ПТСР (TraumaScreeningQuestionnaire, BrewinC. et al., 2002), уровень тревоги и депрессии по Госпитальной шкале HADS, степень и структура алекситимии по Торонтской шкале алекситимии TAS-20-R. Проводился двухнедельный реабилитационный курс с применением сочетания немедикаментозной психотерапии с транскраниальной электростимуляцией (ТЭС).

**Результаты.** Фантомные боли отмечались у 80 % пациентов с ампутацией. Интенсивность боли в начале исследования, в конце исследования и максимальная интенсивность ФБ положительно коррелировали с выраженностью ПТСР ( $p=0,039$ ,  $p=0,036$ ,  $p=0,001$  соответственно). Степень снижения уровня боли в ходе реабилитации прямопропорционально коррелировала с выраженностью боли на момент начала курса ( $p=0,006$ ).

В ходе реабилитации достигнуто снижение проявлений ПТСР с 3,0 (2,0; 4,0) до 2,0 (1,0; 2,0) баллов ( $p=0,016$ ) на фоне уменьшения выраженности ФБ с 4 (3; 4) до 2 (2; 2) баллов по ВАШ ( $p=0,016$ ) и увеличения мобильности пациентов с 5,0 (3,0; 5,0) до 7,5 (7,0; 7,5) баллов по шкале Rivermid ( $p<0,001$ ). Обращала на себя внимание выраженная алекситимия: 48 (40; 48) баллов, в структуре которой внешнеориентированный тип мышления (40 %) преобладал над трудностями идентификации чувств (34 %), трудностями описания чувств другим (26 %) и положительно коррелировал с ПТСР ( $p<0,001$ ).

**Заключение.** Фантомная боль связана с проявлениями травматического стресса, снижение которых может влиять на успешность проводимой реабилитации. Мониторинг и коррекция психологической составляющей фантомной боли целесообразны в ходе первого этапа реабилитации пациентов с политравмой. Алекситимический дефицит может играть важную роль в переработке травматического опыта и формировании фантомных болей, что требует дальнейшего изучения.

**Ключевые слова:** фантомная боль, реабилитация после ампутации, травматический опыт, ПТСР.

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE PHANTOM LIMB PAIN RELIEF ON THE FIRST STAGE OF REHABILITATION OF THE PATIENTS WITH POLYTRAUMA

*Yakovleva M.B., Belash V.A., Malygin A.V., Nayman E.K.*

First Saint-Petersburg State Medical University (Saint-Petersburg)

**Keywords:** phantom limb pain, post-amputation rehabilitation, traumatic experience, PTSD.

### Сведения об авторах:

Яковлева Мария Борисовна, кандидат психологических наук, медицинский психолог Центра лечения сочетанной травмы ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, ассистент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург), [mari-ya2001@mail.ru](mailto:mari-ya2001@mail.ru).

Белаш Василий Алексеевич, кандидат медицинских наук, руководитель отдела реабилитологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, ассистент кафедры медицинской реабилитации и адаптивной физической культуры ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург), [erobelv@gmail.com](mailto:erobelv@gmail.com).

Малыгин Александр Вячеславович, кандидат технических наук, ведущий научный сотрудник Института физиологии им. И. П. Павлова РАН (Санкт-Петербург);

Найман Елизавета Константиновна, врач-стажер ФРМ Центра лечения сочетанной травмы ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург).

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ И РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

---

## ПРОБЛЕМА ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ

*Благоразумова М.Г.*

Ижевская государственная медицинская академия (Ижевск)

**Введение.** Положением «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» был определён порядок получения реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. В своем послании к Федеральному Собранию от 21 апреля 2021 г. президент Российской Федерации В.В. Путин озвучил высший национальный приоритет страны – сбережение народа России, которым определяются все положения обновленной Конституции о защите семьи, о важнейшей роли родителей в воспитании детей, об укреплении социальных гарантий, в том числе и матерям, попавшим в сложную жизненную ситуацию с ребенком с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Адекватное отношение родителей к болезни ребенка – важный компонент психического и психофизиологического состояния ребенка. Оно во многом зависит от образа жизни родителей, качества его жизни, стиля поведения и стиля воспитания. Исследователи считают, что состояние психологического здоровья ребенка с ОВЗ зависит от психоэмоционального состояния родителей, воспитывающих таких детей, чем обусловлены основные направления организации психо-коррекционных мероприятий и психологической помощи. Изучение психоэмоционального состояния родителей детей с ОВЗ позволяет организовать основные направления организации их психологической помощи.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе Ижевской городской общественной организации «Объединение родителей детей-инвалидов и инвалидов с детства "Ас-соль"» и на базе Комплексного центра социального обслуживания Устиновского района города Ижевска.

Анализ семейной тревоги (АСТ) представляет собой опросник, предназначенный для измерения личной тревоги члена семьи. Он состоит из 21 вопроса и включает в себя субшкалы: Субшкала В – вина (семейная вина члена семьи), Субшкала Т – тревожность (семейная тревожность члена семьи), Субшкала Н – напряженность (семейная напряженность).

Опросник Диагностика отношения к болезни ребенка (ДОБР) позволяет оценить особенности отношения взрослых членов семьи к болезни ребенка. Методика содержит шкалы интернальности, тревоги, нозогнозии, контроля активности, а также измеряет общий уровень напряженности. Опросник для диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) состоит из 40 пунктов-утверждений.

**Результаты.** По методике Отношение к болезни ребенка (ДОБР) можем видеть следующие результаты.

По шкале Интернальность преобладает низкий уровень – 76,4 % (29 чел.). Низкие показатели свидетельствуют об интернальном контроле, при котором родители ребенка с ОВЗ вос-

принимают себя как ответственных за болезнь ребенка. В меньшей степени выражен высокий и средний уровень интернальности – 7,8 % (3 чел.) и 15,8 % (6 чел.) соответственно.

По шкале Тревожность значительно преобладает высокий уровень – 68,42 % (26 чел.). Это может говорить о том, что у родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, могут преобладать чувства беспокойство и опасения. Менее выражены средний уровень – 21,05 % (8 чел.) и низкий – 10,53 % (4 чел.).

Шкала нозогнозии по исследованию указывает на низкий показатель – 86,84 % (33 чел.). Это указывает на преуменьшение родителями тяжести болезни ребенка с ОВЗ (гипонозогнозия и анозогнозия). При этом высокий уровень отсутствует по данной шкале, а средний показатель составляет 13,16 % (5 чел.).

По шкале контроля активности можем наблюдать, что выражен средний уровень – 81,58 % (31 чел.), менее выражен высокий уровень – 15,79 % (6 чел.) и в меньшей степени низкий уровень – 1 (2,63 %) чел.

По шкале общей напряженности в большей степени выражен средний показатель – 78,55 % (30 чел.). Высокие показатели по данной шкале характеризуют напряженное отношение к заболеванию ребенка. Высокий и низкий показатель распределился следующим образом: 13,16 % (5 чел.) и низкий 7,89 % (3 чел.) соответственно.

Таким образом, по тестовой методике ДОБР из всех шкал наиболее выражена тревожность, в меньшей степени – уровень интернальности и нозогнозии.

Рассмотрим данные, полученные по тестовой методике Анализ семейной тревоги (АСТ). По шкале вина в большей степени выражен средний показатель – 68,4 % (26 чел.). В меньшей степени выражен низкий показатель – 21,1 % (8 чел.). Средний показатель по шкале вина составляет высокий уровень – 10,5 % (4 чел.). Это может свидетельствовать об адекватном ощущении родителями ответственности за все негативное, что происходит в семье.

Рассмотрим данные по шкале тревожность. Здесь мы наблюдаем, что ярко проявлено тревожное состояние родителей детей с ОВЗ, что и в методике ДОБР. Выражен высокий показатель – 84,2 % (32 чел.). Средний и низкий уровень проявляется в 5,2 % (2 чел.) и 10,6 % (4 чел.) соответственно. Это говорит о том, что родители, воспитывающие детей с ОВЗ, имеют психоэмоциональные нарушения, такие как стресс, беспокойство и фрустрацию.

Разберем полученные данные по шкале напряженность. Преобладает средний показатель, который составляет 76,4 % (29 чел.). Высокий уровень – у 18,4% (7 чел.) и низкий уровень – у 5,2 % (2 чел.). Это может говорить о том, что у родителей детей с ОВЗ подобное психическое состояние выражено не ярко, в отличие от тревожности.

**Заключение.** В группе родителей детей с ограниченными возможностями здоровья по результатам исследования преобладает чувство тревоги. Полученные данные свидетельствуют о том, что такие родители подвержены депрессивным и тревожным состояниям и, несомненно, нуждаются в психо-коррекционной помощи. Для таких родителей необходима разработка коррекционной программы системно-семейной терапии для поддержания их психоэмоционального состояния в индивидуальном и групповом формате.

**Ключевые слова:** родители детей с ОВЗ, ограниченные возможности здоровья, тревожность, шкала тревожности, чувство вины, семейные отношения, отношение к болезни ребенка.

## THE PROBLEM OF ANXIETY IN PARENTS OF CHILDREN WITH DISABILITIES

*Blagorazumova M.G.*

Izhevsk State Medical Academy (Izhevsk)

**Keywords:** parents of children with disabilities, disability, anxiety, anxiety scale, guilt, family relationships, attitudes towards the child's illness.

### **Сведения об авторе:**

Благодарумова Мария Геннадьевна, преподаватель кафедры педагогики, психологии и психосоматической медицины Ижевской государственной медицинской академии (Ижевск), [moongirl8@yandex.ru](mailto:moongirl8@yandex.ru).

## РОЛЬ НАРУШЕННОГО КОНТАКТА В ДИАДЕ МАТЕРИ И ДИТЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ РЕБЕНКА

*Блюм А.И., Василенко Т.Д.*

Курский государственный медицинский университет (Курск)

**Введение.** Первые три года жизни система «мать–дитя» представляет собой сочетание взаимной регуляции и саморегуляции. Во взаимодействии со своим значимым взрослым, ребенок должен пройти такие этапы, как становление самовосприятия, самоопределения и инициативы, что приведет к формированию стойких адаптивных стратегий индивидуума и прямо отражается в паттернах переноса. Клиническую значимость во время разворачивания процессов проявляет возможность становления невротических черт, ранее присущих родителю, что ведет к формированию паттернов неадекватного взаимодействия и, как следствие, к нарушениям психического и психосоматического развития детей.

Цель исследования – изучить взаимосвязь проявления психосоматического неблагополучия ребенка и нарушенного контакта в диаде мать–дитя. На основе полученных результатов разработать программу клинико-психологического сопровождения матерей, чьи дети проявляют признаки психосоматического неблагополучия.

Для реализации поставленной цели требуется решение серии исследовательских задач:

1. Изучить теоретико-методологические основания исследований психосоматического неблагополучия ребенка.
2. Изучить влияние особенностей материнского поведения на проявление психосоматического неблагополучия у ребенка.
3. Выявить взаимосвязь между ненадежной привязанностью к матери и психосоматическим неблагополучием ребенка.
4. Разработать программу клинико-психологического сопровождения матерей, чьи дети проявляют признаки психосоматического неблагополучия.

**Материалы и методы.** В нашей работе были использованы следующие методы: беседа; наблюдение; психодиагностические методики: анкета, разработанная на основании работ Эйнсворт – эксперимент «Незнакомая ситуация», а также «Мангеймской шкалы» для оценки типа привязанности матери и ребенка, анкета №2 (ознакомительная), анкета выявления признаков психического напряжения и невротических тенденций Й. Шванцара.

Для статистического анализа были использованы методы: описательной статистики (анализ средних тенденций – мода, медиана и среднее, изменчивости признака – размах, стандартное отклонение; сравнительной статистики (непараметрические критерии Н-критерий Крускала–Уоллиса, критерий  $\chi^2$  Пирсона)). Все расчеты проводили с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0 для Windows.

В ходе исследования выборка разделилась на три группы: матери детей относительно здоровых (ОЗ) (20 человек); матери детей с проявлением самоповреждающего поведения (СП) (20 человек); матери детей с проявлением аллергических реакций неясного генеза (АНГ) (20 человек). Наличие самоповреждающего поведения было подтверждено со слов матери, по результатам проведенного клиническим психологом анкетирования. Диагноз аллергия неясного генеза был выставлен аллергологом на основе проведенных анализов на иммуноглобулин Е.

**Результаты.** Рассматривая результаты, полученные с помощью методики «Признаки психического напряжения и невротических тенденций у детей», были обнаружены статистически значимые различия, при  $p=0,038$ . Для детей с самоповреждающим поведением минимальное проявление психического напряжения и невротических тенденций характерно для 26,7 % детей, среднее – у 46,6 %, значительное – у 26,7 %. При наличии у ребенка аллергии неясного генеза минимальное проявление психического напряжения и невротических тенденций наблюдается у 53,3 % детей, среднее – у 33,3 %, значительное – у 13,4 %. Для относительно здоровых детей не характерно значительное проявление психического напряжения, наличие среднего проявления напряжения характерно у 20% детей, минимальное проявление наблюдается у 80 % детей.

Оценивая типы привязанности ребенка к матери, был обнаружен высокий уровень значимых различий –  $p=0,005$ : в семьях с относительно здоровыми детьми преобладает надежный тип привязанности – 67,62 %; в семьях, где имеется ребенок с аллергией неясного генеза, преобладает тревожно-амбивалентный тип привязанности – 57,14 %; в семьях, где дети проявляют признаки самоповреждающего поведения, преобладает избегающий тип привязанности – 52,38 %.

**Заключение.** На основе полученных результатов, мы предполагаем, что задачами клинико-психологического сопровождения матерей, чьи дети проявляют признаки психосоматического неблагополучия, будет выступать формирование адаптивного субъективного ощущения ребенка в семье: установление эмоционально контакта матери с ребенком; нормализация семейных взаимоотношений между супругами.

**Ключевые слова:** аллергическое заболевание, самоповреждающее поведение, контакт матери и ребенка.

## THE ROLE OF IMPAIRED CONTACT IN THE DYAD OF MOTHER AND CHILD IN THE FORMATION OF PSYCHOSOMATIC DISTRESS OF THE CHILD

*Blum A.I., Vasilenko T.D.*

Kursk State Medical University (Kursk)

**Keywords:** allergic disease, self-harming behavior, mother-child contact.

**Сведения об авторах:**

Блюм Анна Ивановна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии, ФГБОУ «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России (Курск), [frau.blum2013@yandex.ru](mailto:frau.blum2013@yandex.ru).

Василенко Татьяна Дмитриевна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии, ФГБОУ «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России (Курск), [tvasilenko@yandex.ru](mailto:tvasilenko@yandex.ru).

**РАСПОЗНАВАНИЕ ПРИЗНАКОВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ  
В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ.  
ОСОБЕННОСТИ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ  
ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ  
И ЭКСПЛУАТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕЛАРУСИ И РОССИИ**

*Громова Н.В.<sup>1</sup>, Каминская Ю.М.<sup>1</sup>, Фахреев И.И.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Минск, Республика Беларусь)

<sup>2</sup>БУЗ Удмуртской Республики «Республиканский клинический центр психического здоровья Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (Ижевск, Россия)

**Введение.** В Республике Беларусь в 2021 г. от преступлений против половой неприкосновенности и эксплуатации пострадали более 600 несовершеннолетних, в 2022 г. рост более чем в 1,2 раза по отношению к 2021 г., в 2023 г. – более чем в 1,4 раза соответственно. Лиц, совершивших данные преступления в отношении несовершеннолетних, зафиксировано в 2021 г. более 800, в 2022 г. более чем в 1,2 раза по отношению к 2021 г., в 2023 г. более чем 1,1 раза соответственно. Наблюдается постоянный рост как несовершеннолетних жертв, так и лиц, совершивших данные преступления.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на основе клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, сексологического методов государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (далее – РНПУ психического здоровья) и Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинический центр психического здоровья Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (далее – РКЦПЗ).

**Результаты.** У детей, переживших сексуальное насилие, наблюдаются изменения эмоционально-волевой сферы, специфические поведенческие реакции, мотивационно-потребностной сферы, несоответствие ее возрастным характеристикам, демонстрация несвойственных возрасту знаний о сексуальном поведении, нарушения познавательной сферы и педагогическая запущенность. При этом некоторые из последствий могут быть отсрочены на годы, и насилие над детьми вызывает формирование своего рода «цикла насилия» в виде передачи агрессивного поведения из поколения в поколение (Артамонова Е.Г., Дубровский Р.Г., 2023).

В рамках профилактики данных преступлений у несовершеннолетних с особенностями развития образовательным центром психического здоровья разработана образовательная программа обучающих курсов по учебной программе «Взаимодействие с ребенком с особенностями развития в пубертатный период» для врачей-специалистов и психологов. Также раз-

работаны медико-педагогические занятия (циклы занятий) по вопросам полового воспитания, формирования навыков здорового образа жизни у учащихся учреждений общего среднего образования. Данные циклы занятий разделены на четыре возрастные категории учащихся с определенным для каждого возраста содержанием. Разработан и утвержден «Национальный механизм оказания помощи несовершеннолетним, пострадавшим от сексуального насилия» от 23 марта 2023 г.

**Заключение.** 12 июля 2024 г. вступила в силу ст. 107 Уголовного Кодекса Республики Беларусь «Применение принудительных мер безопасности и лечения к лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или педофилией», что явилось основанием для международной научно-исследовательской работы «Изучить влияние медикаментозной терапии в условиях принудительных мер безопасности и лечения на качество жизни лиц с расстройствами сексуального предпочтения (в том числе педофилии)». РКЦПЗ разработаны и утверждены стандартные операционные процедуры, касающиеся принудительного лечения. Это позволяет упорядочить нормативно-правовые установления, касающиеся исполнения принудительных мер медицинского характера (Фахреев И.И., 2024).

Таким образом, распознавание признаков сексуального насилия строится на основе межведомственного взаимодействия; требуется формирование законодательных механизмов обеспечения возможности детальной диагностики и начала принудительного лечения лиц, совершивших данные преступления.

**Ключевые слова:** сексуальное насилие, преступления против половой неприкосновенности и эксплуатации несовершеннолетних, расстройства сексуального предпочтения, педофилия.

## **RECOGNIZING THE SIGNS OF SEXUAL ABUSE OF MINORS. PECULIARITIES OF NORMATIVE-LEGAL REGULATION OF CRIMES AGAINST SEXUAL INVIOABILITY AND EXPLOITATION OF MINORS IN BELARUS AND RUSSIA**

*Gromova N.V.<sup>1</sup>, Kaminskaya Y.M.<sup>1</sup>, Fakhreev I.I.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>State Institution «Republican Scientific and Practical Center for Mental Health»  
(Minsk, Republic of Belarus)

<sup>2</sup>Budgetary healthcare institution of the Udmurt Republic «Republican Clinical Center  
for Mental Health of the Ministry of Health of the Udmurt Republic» (Izhevsk)

**Keywords:** sexual violence, crimes against sexual inviolability and exploitation of minors, sexual preference disorders, pedophilia.

### **Сведения об авторах:**

Громова Наталия Владимировна, научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств раздела «Наука», заведующий образовательным центром государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Минск) [natasha-777@tut.by](mailto:natasha-777@tut.by).

Каминская Юлия Михайловна, кандидат медицинских наук, доцент, директор государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Минск) [yu.m.kaminskaya@mail.ru](mailto:yu.m.kaminskaya@mail.ru).

Фахреев Ильдар Ильфатович, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи объединенного больничного комплекса бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клинический центр психического здоровья Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (Ижевск) [ilsanif@yandex.ru](mailto:ilsanif@yandex.ru).

## К ВОПРОСУ ОБ ОТНОШЕНИИ РОДИТЕЛЕЙ К КОМПЬЮТЕРНЫМ ИГРАМ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Клак Д.С., Зверева Н.В.*

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научный центр психического здоровья» (Москва)

**Введение.** Компьютерные игры вызывают очень много споров в современном обществе. Распространены мнения, что компьютерные игры могут спровоцировать жестокость, агрессивность, негативно сказываются на физическом и психическом здоровье. Менее популярное мнение – что компьютерные игры развивают творческие способности, вдохновляют, помогают снимать стресс. Однозначно мнения сходятся только в одном – некоторые компьютерные игры не полезны для физического здоровья. Но когда компьютеры и консоли стали новой реальностью, как родителям найти ту самую точку баланса, чтобы и не навредить ребенку самостоятельно, и защитить от негативного воздействия? В данном пилотном исследовании мы проанализировали ответы родителей детей школьного возраста на предмет того, каким они видят своего ребенка во время/после онлайн или одиночных игр.

**Материалы и методы.** Группу испытуемых составили 49 родителей и родственников от 29 до 54 лет (средний возраст взрослых – 40,5 года) детей возраста 6-18 лет (средний возраст детей – 11,2 года). По группе родителей приняли участие 38 мам, 8 пап, 1 отчим, 1 сестра, 1 тетя. Эти взрослые – родственники детей, из которых 28 девочек и 21 мальчик. 10 детей имеют подтвержденный медицинский диагноз, 3 – инвалидность по физическому или психическому здоровью. Для сбора информации специально был разработан опросник «Дети в цифровом мире» (предъявлялся в гугл-форме по личной рассылке). Он включает себя 36 вопросов для родителей об их отношении к интернету и компьютеру, а также опросник LoPF-Q 6-18 для родителей (Goth K., Германия, перевод Н.В. и М.В. Зверевой, 2024; Mazreku G., 2023 и др.). Для оценки результатов применялся критерий Краскала–Уоллиса, достоверными считались различия на уровне  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Рассмотрим результаты пилотного исследования с нескольких сторон: запрет/разрешение ребенку пользоваться различными гаджетами и т.п.; изменение поведения и выбора игр детьми в таких ситуациях; связь с поведением и иными особенностями ребенка (пол, возраст); различия представлений родителей (пол, степень родства).

По ответам на анкету родители разделились на тех, кто запрещает работу в компьютере, и кто «спокойно» воспринимает компьютерные новшества современной жизни. Родители, уверенные, что от ограничений времени пребывания ребенка в компьютере, интернете и играх, в психическом развитии ребенка ничего не пострадает, полагали, что запреты напрямую влияют на сферы познания ( $p < 0,008$ ), учебы ( $p < 0,012$ ), социализации ( $p < 0,015$ ), креативности и творчества ( $p < 0,011$ ).

По мнению родителей, в ответ на запреты у детей может возникать реакция злости ( $p < 0,024$ ), а сами такие дети предпочитают играть в survivor-horror ( $p < 0,043$ ). По наблюдени-

ям родителей, в survivor-horror и shooter играют преимущественно мальчики ( $p < 0,000$ ). Родители детей, которые увлекаются arcade, отмечают недостаточную познавательную активность ( $p < 0,010$ ) и креативность ( $p < 0,038$ ), тогда как родители детей, чаще играющих в role-playing game, отмечают у детей после игр состояние безразличия ( $p < 0,018$ ).

Родители младших школьников часто отмечают, что их дети играют в platformer ( $p < 0,009$ ), однако к средним и старшим классам данным жанром игр дети интересуются уже гораздо реже. Папы чаще беспокоятся о том, что ограничения скажутся на карьере ребенка ( $p < 0,005$ ). Родственники не первой линии родства в основном отмечали, что не знают об интересах ребенка ( $p < 0,031$ ).

Дети, у которых по родительскому тесту LoPF-Q обнаруживалась пограничная нервно-психическая устойчивость, чаще, по наблюдениям родителей, играли в arcade ( $p < 0,005$ ) и advancer ( $p < 0,028$ ).

**Заключение.** Понимание между детьми и родителями и согласие в такой сфере, как компьютерные игры, могут помочь ребенку достичь определенных результатов в будущем как в игровой индустрии, так и в индустрии, связанной с программированием. Критическое отношение к развивающимся технологиям и новым профессиям может нанести большой ущерб развитию профессиональной и социальной сфер ребенка в будущем. Родитель должен адаптироваться не только под ребенка, но и адаптироваться вместе с ребенком под новые условия. Рождение ребенка даёт родителю «повторное» рождение, когда можно учиться заново познавать мир вместе с ребенком, при этом уже имея определенное общее представление о константных вещах.

Представленное исследование является пилотным и имеет соответствующие ограничения. Исследования в этой области должны быть продолжены с учетом разных параметров опроса, типа интервьюеров и др. Безусловно, требуется увеличение выборки с включением параметров психического и/или физического здоровья ребенка.

**Ключевые слова:** родители, школьный возраст, компьютерные игры, психическое развитие, личностные особенности.

## AT THE QUESTION ABOUT ATTITUDE OF PARENTS AT PC-GAMES AT CHILDREN OF SCHOOL AGE

*Klak D.S., Zvereva N.V.*

Mental Health Research Center (Moscow)

**Keywords:** parents, school age, PC-games, mental development, personality traits.

### **Сведения об авторах:**

Клак Дарья Сергеевна, младший научный сотрудник отдела медицинской психологии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» (Москва), [dariaklak@gmail.com](mailto:dariaklak@gmail.com).

Зверева Наталья Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» (Москва), [nwzvereva@mail.ru](mailto:nwzvereva@mail.ru).

## БЕЗОПАСНОСТЬ И АДАПТАЦИЯ, ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ МЕЖДУ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ И РАССТРОЙСТВОМ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ?

*Козлов М.Ю.*

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина  
Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва)

**Введение.** Расстройство адаптации (РА) – это состояние, связанное с острым или хроническим, чаще психосоциальным стрессом, проявляющееся аффективными симптомами, прежде всего тревожно-депрессивного и астено-невротического характера (Carta M.G. et al., 2009). Достаточно часто, расстройство приспособительных реакций встречается в жестко регламентированных условиях, предъявляющих высокие требования к адаптационному ресурсу, например при прохождении армейской службы (Слюсарев А.С., 2020, 2021). Традиционно принято считать, что в развитии расстройства приспособительных реакций большую роль играют преморбидные особенности личности, ее структурные особенности, социально-коммуникативные навыки, копинг-стратегии и т.д. В связи с этим представляется важным изучить, влияют ли типы привязанности, как достаточно ранние, комплексные и устойчивые во времени паттерны взаимодействия с другими людьми, на адаптационный потенциал?

**Материалы и методы.** Проведен анализ исследований, направленных на изучение связи между типами привязанности и нарушением адаптации.

**Результаты.** В небольшом и почти единственном исследовании, посвященном связи небезопасных типов привязанности (избегающего, тревожного и дезорганизованного), были получены результаты, показывающие, что небезопасные типы однозначно коррелируют с выраженными депрессивными симптомами у пациентов с РА. Однако другие психосоциальные факторы, такие как низкая самооценка и слабая социальная поддержка, имели большую предсказательную силу в отношении развития РА (Alexander M., 2011). В достаточно крупном исследовании (n=524) были изучены пациенты, страдающие депрессией, имевшие суицидальную попытку в анамнезе, предметом исследования стали уровень социальной адаптации и преобладающие стили привязанности. Результаты показали, что тревожная привязанность коррелировала с попытками самоубийства в прошлом, что в целом соответствует данным других исследований о роли небезопасных типов привязанности в развитии суицидальной идеации и поведения (Козлов М.Ю., 2023). Важность параметра социальной адаптации при изучении аффективных расстройств имеет большое значение в клинических исследованиях, часто рассматривается социальная динамика, качество и количество социального взаимодействия. Однако практика показывает, что даже при установлении прямого влияния психосоциальных факторов, их причинно-следственной связи с заболеванием, клиницисты не склонны устанавливать диагноз РА, предпочитая более понятные и знакомые диагнозы смешанного тревожно-депрессивного расстройства, депрессии или любого иного диагноза, содержащего в названии доминирующую симптоматику, а не предполагаемую причину – нарушения процесса адаптации.

**Заключение.** Это затрудняет постановку исследовательской проблемы и значительно ограничивает выборку испытуемых, в связи с чем на данный момент нет однозначного ответа на вопрос о том, как небезопасные типы привязанности влияют на расстройство адаптации.

ции, какие стили более неблагоприятны в прогностическом отношении, а также не изучены механизмы влияния ненадежных типов на развитие РА в условиях острого или пролонгированного психосоциального стресса. Представленные данные позволяют предположить не доминирующее, но значимое влияние ненадежных типов привязанности, а также выдвинуть гипотезу о большей уязвимости тревожного типа к развитию РА, однако при увеличении количества исследований эти выводы могут стать менее актуальны.

**Ключевые слова:** теория привязанности, расстройство приспособительных реакций, социальная адаптация.

## **SAFETY AND ADAPTATION, IS THERE A CONNECTION BETWEEN ATTACHMENT TYPES AND ADJUSTMENT DISORDER?**

*Kozlov M.Y.*

State Budgetary Healthcare Institution of the city of Moscow «Psychiatric Clinical Hospital No. 4 named after P.B. Gannushkin of the Moscow City Health Department» (Moscow)

**Keywords:** attachment theory, adjustment disorder, social adaptation.

### **Сведения об авторе:**

Козлов Михаил Юрьевич, медицинский психолог отделения медико-психологической помощи ГБУЗ ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина ДЗМ (Москва), [42Oi33@mail.ru](mailto:42Oi33@mail.ru).

## **РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ УЗБЕКИСТАНА: ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ**

*Мухамедова Д.Г., Туракулова А.С.*

Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека (Ташкент)

**Введение.** В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы клинической психологии, особенно в контексте семейных отношений и родственных браков, поскольку их прояснение является чрезвычайно важным для понимания и улучшения способов поддержки здоровья населения Республики Узбекистан не только с точки зрения медицинского понимания, но и с точки зрения психологии. В странах, где браки между родственниками являются нередкой практикой, возрастает необходимость учета их влияния на психологическое благополучие и развитие детей, а также на динамику семейных взаимоотношений.

Родственные браки в Узбекистане являются культурно и исторически обусловленным феноменом. Согласно данным исследований, около 15-20 % браков в стране заключаются между родственниками. Эта практика оказывает значительное влияние на структуру и динамику семейных отношений, а также на психологическое здоровье членов семьи.

Исследования показывают, что дети, рожденные в родственных браках, имеют повышенный риск развития различных психических и физических заболеваний. В частности, статистические данные указывают на увеличенную вероятность возникновения врожденных аномалий, умственной отсталости и психических расстройств. Например, исследование, про-

веденное в Узбекистане, выявило, что у детей из родственных браков частота врожденных пороков составляет около 4 %, что значительно выше, чем у детей из неродственных браков.

**Материалы и методы.** Психологическое давление, обусловленное ожиданиями семьи и общества, также играет важную роль в родственных браках. Конфликты, связанные с распределением ролей и обязанностей, а также социальные и культурные нормы могут усложнять динамику семейных отношений. Исследования показывают, что в таких семьях может наблюдаться высокий уровень стресса, депрессии и тревожных расстройств среди супругов.

Как показывают зарубежные исследования, семейные вмешательства очень важны для снижения бремени хронических психических заболеваний на семью, преодоления его, уменьшения дистресса ухаживающих за ними людей, а также повышения уровня жизнестойкости. Основная цель работы с семьями – помочь членам семьи развить знания и навыки, необходимые для поддержки их выздоровления. В представленных источниках предлагаются рекомендации о планировании вмешательства, которые помогут членам семьи справиться с вопросами психического здоровья, а также оказание поддержки и проведению психообразовательных мероприятий для семей, чтобы они могли справиться с дистрессом, вызванным симптомами заболевания и необходимостью быть сиделкой.

Учитывая вышеупомянутые факторы, становится очевидной необходимость разработки и внедрения специализированных программ психологической поддержки и консультирования для семей, вступающих в родственные браки. Эти программы должны учитывать культурные особенности и предоставлять комплексную помощь, направленную на улучшение ментального здоровья и семейных отношений.

Введение направления клинической психологии в университетах позволит подготовить специалистов, способных оказывать эффективную помощь семьям, столкнувшимся с психоэмоциональными проблемами, психическими расстройствами и кризисными ситуациями. Подготовка таких кадров на уровне вузов обеспечит высокое качество помощи, необходимое для улучшения общественного здоровья.

Кроме того, важно подчеркнуть, что в 2023 году было образовано Национальное агентство социальной защиты при Президенте Республики Узбекистан, основными задачами которого являются: 1. Уменьшение числа нуждающихся в социальной защите путем адресной работы, оказания социальных услуг и помощи, обеспечения социализации в обществе населения, оказавшегося в трудной жизненной ситуации. 2. Организация на уровне махалли социальных услуг и социальной помощи населению, имеющему риск попадания в трудную жизненную ситуацию, не лишая его привычной среды проживания. 3. Постоянная гарантия их прав путем обеспечения стабильности социального обслуживания и социальной помощи. 4. Повышение участия в формировании политики социальной защиты путем обеспечения прозрачности на всех этапах социального обслуживания и социальной помощи. 5. Повышение адресности и эффективности услуг за счет учета потребностей и запросов населения при формировании социальных услуг.

Деятельность Агентства социальной защиты позволяет консолидировать усилия всех социальных служб, в том числе хокимиятов и махаллинских комитетов, деятельность которых связана с предоставлением услуг семьям, женщинам и детям, оказавшихся в трудных жизненных ситуациях. Махаллинские комитеты и хокимияты часто работают в условиях ограниченных ресурсов, как материальных, так и кадровых, что демонстрирует отсутствие

полноценной вовлеченности и, как следствие, возможности предоставления квалифицированной психологической помощи семьям, нуждающимся в ней.

**Результаты.** Социальные службы, в том числе махаллинские комитеты и хокимияты, часто работают с уязвимыми группами населения, включая детей, пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями. Однако подготовка кадров для работы с такими группами требует специальных знаний в области клинической психологии и психотерапии. Введение соответствующих образовательных программ в вузах обеспечит подготовку специалистов, способных эффективно поддерживать и защищать права и интересы этих групп, а также предоставлять им необходимую психологическую помощь.

Вместе с тем одной из серьёзных проблем, с которой сталкиваются хокимияты и махаллинские комитеты, является недостаточная интеграция усилий различных государственных структур в решении семейных проблем. Отсутствие квалифицированных клинических психологов затрудняет комплексное решение вопросов, связанных с психическим здоровьем и семейными кризисами. В условиях роста социально-экономических проблем, таких как безработица, миграция и социальное неравенство, махаллинские комитеты и агентства социальной защиты сталкиваются с увеличением числа случаев ментальных расстройств в семьях. Однако в этих органах часто отсутствуют специалисты, способные проводить раннюю диагностику и профилактику. Развитие направления клинической психологии позволит внедрить системные подходы к выявлению и профилактике ментальных расстройств, что может существенно снизить уровень психосоциального стресса в обществе и улучшить общее психическое здоровье населения.

**Заключение.** Таким образом, развитие направления клинической психологии в вузах Узбекистана с учетом перечисленных проблем не только позволит решить актуальные задачи подготовки квалифицированных кадров, но и существенно повысит эффективность работы социальных служб, улучшит качество жизни населения и обеспечит устойчивое развитие общества, тогда как введение образовательных программ по клинической психологии в вузах обеспечит подготовку специалистов, способных координировать и интегрировать работу различных служб, улучшая взаимодействие между государством и семьёй.

**Ключевые слова:** клиническая психология, семейные отношения, родственные браки, социальная защита, ментальное здоровье, психологическая поддержка, психическое благополучие.

## **DEVELOPMENT OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN THE EDUCATIONAL SYSTEM OF UZBEKISTAN: CHALLENGES AND PROSPECTS OF TRAINING SPECIALISTS FOR THE ORGANISATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR FAMILIES**

*Mukhamedova D.G., Turakulova A.S.*

National University of Uzbekistan named after Mirzo Ulugbek (Tashkent)

**Keywords:** clinical psychology, family relationships, consanguineous marriages, social protection, mental health, psychological support, psychological well-being.

### **Сведения об авторах:**

Мухамедова Дилбар Гафурджановна, заведующий кафедрой Общей психологии, профессор, доктор психологических наук (DSc), Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека (Ташкент), [d.muxamedova@nuu.uz](mailto:d.muxamedova@nuu.uz).

Туракулова Азиза Санджаровна, старший преподаватель кафедры Общей психологии, доктор философии по психологии (PhD), Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека (Ташкент), [a.turakulova@nuu.uz](mailto:a.turakulova@nuu.uz).

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА-ПАЦИЕНТА С ОТНОШЕНИЕМ К БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ

*Солондаев В.К.*

Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова (Ярославль)

**Введение.** Судя по литературным данным, психическое состояние родителей ребенка-пациента в ситуации обращения за медицинской помощью подразумевается, но пока не стало предметом специального исследования. Психическое состояние подразумевается проблематикой медицинской этики и деонтологии, правовой регуляции работы медицинских учреждений, комплаенса. Исследования психического состояния показывают, что образ состояния отображается в сознании как субъективное представление субъективных и объективных характеристик человека, возникающих вслед за переживаемым состоянием, и выполняет, наряду с другими, функции саморегуляции и регуляции поведения.

Психическое состояние родителей ребенка-пациента имеет важное значение при оказании ребенку педиатрической помощи. Это значение определяется тем, что согласно действующему законодательству родители имеют право как на согласие, так и на отказ от оказания медицинской помощи своему ребенку.

Применительно к психическому состоянию родителей ребенка-пациента, факторы ситуации, как предполагалось нами, могут быть опосредованы общим отношением родителей к болезни и лечению. Роль общего отношения к болезни и лечению убедительно показана разными авторами на материале взрослых пациентов. Поэтому предметом нашего исследования стала взаимосвязь переживаемого родителями ребенка-пациента состояния с отношением родителей к болезни и лечению.

**Материалы и методы.** С помощью методики А.Ш. Тхостова и Е.И. Рассказовой фиксировали следующие параметры: автономное принятие решений, внешнее с опорой на окружающих, внешнее с опорой на врачебные рекомендации, безличное принятие решения и отказ от лечения; локус контроля в отношении причин заболевания и в отношении лечения, внутренний, внешний и безличный локус контроля; самоэффективность в отношении болезни.

С помощью методики А.О. Прохорова фиксировали параметры психического состояния на момент обследования, фонового (обычного) состояния, состояния на момент начала заболевания ребенка.

Кроме психического состояния, отношения к болезни и лечению, фиксировалась субъективная оценка родителями состояния здоровья ребенка.

Выборка формировалась на основе добровольного информированного согласия из родителей детей-пациентов, находящихся вместе с детьми, проходящими стационарное лечение в отделениях неврологии, гематологии, эндокринологии, нефрологии, патологии новорожденных Ярославской областной детской клинической больницы. В исследовании приняли участие 100 матерей. Уравнивание по возрасту родителей, полу, возрасту и заболеваниям детей не проводилось.

**Результаты.** Полученные результаты показали отсутствие статистически значимых и существенных по силе взаимосвязей параметров отношения к болезни и лечению с характеристиками трех оценивавшихся психических состояний. Анализ диаграмм рассеяния исследуемых переменных позволяет говорить именно о независимости, а не только об отсутствии взаимосвязей. Двумерные распределения всех сопоставляемых переменных характеризуются ясно выраженной равномерностью.

Выявлены положительные корреляции между субъективной оценкой здоровья ребенка на момент обследования и обобщенным энергетическим уровнем фонового психического состояния его родителей (психические процессы, физиологические реакции, поведение). Состояния на момент обследования и на момент начала заболевания с оценкой здоровья ребенка не связаны.

**Заключение.** Независимость психического состояния родителей от отношения к болезни и лечению, на наш взгляд, говорит о том, что в ситуации стационарного лечения ребенка у родителей высоко активны механизмы психологической защиты. И защитные механизмы блокируют перенос обобщенных установок родителей по отношению болезни и лечению на конкретную ситуацию лечения ребенка, существенно затрудняя психическую саморегуляцию и регуляцию поведения родителей. Говоря другими словами, большинство исследованных родителей хотели бы, чтобы ситуация лечения ребенка складывалась намного лучше, чем она складывается в реальности по мнению самих родителей. Такие переживания, если они выражены в высокой степени, затрудняют взаимодействие родителей с медицинским персоналом, создают психологические предпосылки внезапных эмоциональных и поведенческих срывов, не связанных с ходом лечения и не объяснимых для медицинского персонала. Основная практическая рекомендация – психологическое сопровождение «сложных родителей» штатным психологом лечебного учреждения.

**Ключевые слова:** родители, ребенок-пациент, психическое состояние, отношение к болезни, отношение к лечению.

**THE RELATIONSHIP OF THE MENTAL STATE OF THE PARENTS  
OF THE CHILD-PATIENT WITH THE ATTITUDE  
TO THE DISEASE AND TREATMENT**

*Solondaev V.K.*

P.G. Demidov Yaroslavl State University (Yaroslavl)

**Keywords:** parents, child-patient, mental state, attitude to treatment, attitude to illness.

**Сведения об авторе:**

Солондаев Владимир Константинович, доцент кафедры общей психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова (Ярославль), [solond@yandex.ru](mailto:solond@yandex.ru).

## СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ И ДАЛЬНЕЙШЕГО НЕЙРОКОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ИСКУССТВЕННО ЗАЧАТЫХ ДЕТЕЙ

*Суркова К.Л., Зверева Н.В.*

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научный центр психического здоровья» (Москва)

**Введение.** В отдельно проведенных педиатрических исследованиях и аналитических обзорах, как в России, так и за ее пределами, отмечается тревожная динамика неблагоприятного развития детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), по сравнению с детьми, зачатым естественным путем (ЕЗ). Особенно выражены расстройства психомоторного развития в первый год жизни, за которым следует их частичная компенсация к третьему году. Однако анализ состояния здоровья детей в момент рождения, на протяжении первого года жизни и их психического развития после трех лет остается весьма ограниченным.

**Материалы и методы.** С целью более глубокого понимания особенностей нейркогнитивного развития, мы исследовали взаимосвязь между компонентами психической деятельности 50 детей 3-5 лет и клиническими характеристиками состояния здоровья в период новорожденности. Среди детей, рожденных в результате индуцированной беременности, насчитывалось 25 человек (дети ВРТ), равно как и в группе сравнения, состоящей из детей ЕЗ (дети ЕЗ). Исследование охватило три категории по состоянию здоровья: группа А (нормативные показатели), группа В (пограничное состояние) и группа С (отягощенное состояние). В группу А вошли 64 % детей ВРТ (25 чел.) и 76 % детей ЕЗ (25 чел.); в группу В попали 32 % детей ВРТ и 20 % детей ЕЗ. Однако группу С пришлось исключить из исследования ввиду небольшой численности выборки.

Методы работы: сбор анамнестических данных и нейропсихологическое исследование, адаптированное к возрастным этапам развития ребенка.

**Результаты.** Хотя большинство детей ВРТ продемонстрировали нормальные показатели (64 %), также отмечалась высокая частота пограничных состояний здоровья в период новорожденности (32 %). У детей ВРТ в возрасте 3-4 лет были обнаружены значимые взаимосвязи между анамнестическими данными и функциями восприятия и мышления, в то время как физиологические постнатальные показатели не оказали существенного влияния на речевое развитие. Сравнение экспериментальных и контрольных групп указывает на замедленное созревание мозга у детей, зачатых искусственным путем, по сравнению с детьми, зачатыми естественным образом. Тем не менее по мере взросления, развития и роста у детей, зачатых путем ВРТ, наблюдается успешная компенсация расстройств развития, что внушает оптимизм в отношении их будущего психического развития.

**Заключение.** В результате проведенного исследования можно с уверенностью утверждать, что нарушения нейркогнитивного развития, проявляющиеся или возникающие в процессе взросления ребенка, могут быть значительно компенсированы, особенно среди детей, зачатых с помощью самых современных вариантов репродуктивных технологий. Раннее выявление когнитивного дефицита, а также поддержка семьи на первых этапах жизни ребенка способны создать благоприятные условия для его гармоничного развития в будущем.

**Ключевые слова:** искусственное и естественное зачатие, вспомогательные репродуктивные технологии, когнитивное развитие детей.

## COMPARISON OF CLINICAL INDICATORS AT BIRTH AND FURTHER NEUROCOGNITIVE DEVELOPMENT OF ARTIFICIALLY CONCEIVED CHILDREN

*Surkova K.L., Zvereva N.V.*

Federal State Budgetary Scientific Institution «Mental Health Research Center» (Moscow)

**Keywords:** artificial and natural conception, assisted reproductive technologies, cognitive development of children.

### **Сведения об авторах:**

Суркова Каролина Леонидовна, научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ (Москва), [www1-11@narod.ru](mailto:www1-11@narod.ru);

Зверева Наталья Владимировна, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ (Москва) [nwzvereva@mail.ru](mailto:nwzvereva@mail.ru).

## АНОМИЯ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЯ САМОСОХРАНЕНИЯ

*Фесенко Ю.А., Добряков И.В.*

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия имени С.С. Мнухина»,  
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии  
им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ  
(Санкт-Петербург)

Говоря о патологии влечений, важно подчеркнуть, что влечения непосредственно затрагивают сферу потребностей человека, некоторые из них основаны на наиболее значимых физиологических функциях.

Аномия (греч.: а- – отрицание, *nomos* – закон) – термин, предложенный Е. Дюркгеймом, использовался для обозначения критического состояния общества в тот период его развития, когда старые нормы перестали действовать, а новые ещё не установились, старые ценности девальвировались, а новые находятся в процессе формирования, что приводит к изменению структуры потребностей и способов их удовлетворения. Во многом именно это обусловило смену эпохи модерна эпохой постмодерна, когда повысились требования к доказательству принятых ранее обществом стереотипов. Постмодернизм привел к аномии: ему присущи стремление подвергать сомнению очевидные факты, ломка стереотипов, изменения ценностей, формирование новых суждений, отказ от прежних сложившихся представлений о мире. Неопределенность, сомнения приводят к повышению базальной тревоги, что обостряет поиски смысла жизни, делая их мучительными.

В последние годы отмечается рост психических заболеваний несовершеннолетних. В структуре нервно-психических расстройств у детей и подростков, развивающихся в условиях аномии, все большее значение приобретают именно расстройства влечений. Патологические проявления различных форм влечений неразрывно связаны друг с другом, детерминируют

расстройства других психических функций. Патологическое влечение определяется как сопряженное с инстинктом недостаточно контролируемое сознанием глубинное чувственное побуждение, направленное на определенную цель, сопровождающееся напряженной витализированной потребностью отреагирования. Обычно рассматриваются следующие виды влечений и их нарушений: пищевого, полового, самосохранения и влечение к получению впечатлений. Учитывая актуальность проблемы суицидов, объясняемой ростом их количества у детей и подростков в последние годы, рассмотрение нарушений влечений целесообразно провести на примере влечения самосохранения.

Влечение самосохранения – комплекс возникающих независимо от сознания субъективных переживаний, связанных с необходимостью удовлетворения потребности в безопасности путем обеспечения поддержания жизни, физического выживания, успешного противостояния угрозе нарушения телесных и душевных границ (своей автономии). Судить о напряженности влечения самосохранения, степени его удовлетворенности или неудовлетворенности, о появлении расстройств влечения можно по эмоциям ребенка и его поведенческим реакциям. Влечение самосохранения тесно связано с представлениями о смерти. У старших подростков уже достаточно хорошо развиты способности формирования абстрактных понятий. Им свойственны размышления о жизни и смерти, повышенный интерес к этим темам, находящий отражение в молодежной субкультуре (готы, эмо и др.). Их представления о феномене смерти приближаются к представлениям взрослых людей. Понимание конечности собственной жизни и переживания по этому поводу наблюдается почти у всех девочек, начиная с 12 лет, у мальчиков – с 15. Поведенческим паттерном влечения самосохранения у лиц с низкой самооценкой и высокой базальной тревогой можно считать проявление аутоагрессии, выражающейся стремлением нанесения себе вреда, физических повреждений, вплоть до создающих угрозу здоровью и жизни. Для таких подростков типичен отказ от активной жизнедеятельности, долга, нежелание пытаться решать личностные и социальные проблемы. Их аутоагрессивные действия сознательно или неосознанно направлены на причинение себе вреда.

Относящиеся к патологии влечения самосохранения несуицидальные самоповреждающие действия (самопорезы, самоожоги, аутопирсинг и пр.), как правило, не имеют целью покончить с собой, однако служат значимыми признаками совершения суицида. Действия, направленные на самоповреждения, встречаются в качестве симптома при многих нервно-психических расстройствах. Они разнообразны, отличаются степенью brutality, что объясняется их целями. Самоповреждения могут быть демонстративными, но чаще скрываются детьми и подростками, наносятся наедине с собой на участках тела, скрываемых одеждой. Основными признаками самоповреждения как аутоагрессивного акта являются преднамеренность при отсутствии желания суицидального завершения, повторяемость, чувство тревоги и напряжения перед совершением самоповреждения и облегчения после совершения его. Самоповреждение с целью лишения себя жизни квалифицируется как суицид.

Таким образом, суицид является следствием аутоагрессии. К. Ясперс отмечал, что повышенное влечение самосохранения часто во многом определяет патоморфоз и формирует клиническую картину психических нарушений у детей и подростков с формирующимися конституциональными и органическими психопатиями, а также при патохарактерологических формированиях личности. Агрессивные действия, неразрывно связанные с выраженными

ми психическими нарушениями мышления, восприятия и других психических функций, являются патологическими.

**Ключевые слова:** аномия, влечение самосохранения, аутоагрессия, самоповреждения, суицид.

**ANOMIE IS THE CAUSE OF VIOLATION  
OF THE INSTINCT OF SELF-PRESERVATION**

*Fesenko Iurii A., Dobryakov Igor V.*

St. Petersburg State Pediatric Medical University,  
Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named S.S. Mnukhin,  
Department of the Federal State Budgetary Institution «V.M. Bekhterev National Medical Research Center  
of Psychiatry and Neurology» of the Ministry of Health of the Russian Federation  
(Saint Petersburg, Russian Federation)

**Keywords:** anomie, self-preservation drive, auto-aggression, self-harm, suicide.

**Авторы:**

Фесенко Юрий Анатольевич, д.м.н., профессор кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, заведующий психотерапевтическим кабинетом СПб ГКУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (Санкт-Петербург), [yaf1960@mail.ru](mailto:yaf1960@mail.ru).

Добряков Игорь Валерьевич, доцент, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, кандидат медицинских наук (Санкт-Петербург), [dobriakov2008@yandex.ru](mailto:dobriakov2008@yandex.ru).

### АКТУАЛИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ВУЗЕ СТУДЕНТОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ РАЗНЫХ НОЗОЛОГИЙ

*Евстифеева Е.А., Гефеле О.Ф.*

Тверской государственный технический университет (Тверь)

**Введение.** В современных образовательных организациях высшего образования увеличивается число студентов, имеющих инвалидность разных нозологий. С целью адаптации в вузах в рамках инклюзивной политики стали приоритетными организация и проведение психологического сопровождения. Процесс вхождения студентов-инвалидов в учебную деятельность в вузе проходит неоднозначно, а порой и затруднительно. Поэтому актуализируется вопрос об особенностях психологического сопровождения студентов-инвалидов разных нозологий, особенно в период их адаптации к образовательному процессу и к условиям пребывания в вузе.

**Материалы и методы.** Концепция психологического сопровождения является актуальной и приоритетной в организации образовательного процесса в вузе (открыты Центры психологической помощи), включая работу со студентами, имеющими особые образовательные потребности. Основной задачей психологического сопровождения студентов с инвалидностью является создание максимально комфортных условий, оказание психологической помощи в случае возникновения или эскалации конфликтных ситуаций как с преподавательским составом, так и с одногруппниками, сопровождение адаптации к обучению в вузе, квалифицированная профориентационная поддержка, ориентированная на формирование рационального профессионального самоопределения после бакалавриата и магистратуры с учетом ограничений здоровья.

Еще одним фактором актуализации психологического сопровождения студентов с инвалидностью разных нозологий является учет личностных факторов. Исходя из того, что студенты, обучающиеся в вузе, приходят получать высшее образование из разных образовательных учреждений (колледжи, интернаты, общеобразовательные школы), адаптационный потенциал у них разный, поэтому адаптация к обучению в вузе у таких студентов протекает по-разному, учитывая специфические особенности нозологии. Часто наблюдаются ситуации, когда студент-инвалид, имея недостаток социализации и недостаточно развитые социально-коммуникативные компетенции, сталкивается с проблемой взаимодействия или построения коммуникаций с преподавателем или одногруппниками.

В реестр психологического сопровождения для успешной инклюзии включается дифференциальная психологическая диагностика, которая проводится в рамках деятельности психологической службы в вузе. Приоритетным аспектом психологического сопровождения является психологическая диагностика личностных факторов, влияющих на конструктивную адаптацию и конструктивное взаимодействие в диадах «студент–преподаватель», «студент–студент». Хотелось бы отметить, что психодиагностический инструментарий, прежде всего, направлен на выявление неблагоприятных личностных особенностей студента-инвалида,

которые затрудняют конструктивное межличностное взаимодействие как с преподавателями, так и с одноклассниками, чтобы в дальнейшем можно было определиться с программой психологической помощи. Поэтому можно сделать заключение, что основной вектор психологического сопровождения направлен не на исследование внутреннего мира, а на анализ личностных факторов, препятствующих конструктивному взаимодействию с внешней средой.

С этой целью используются различные технологии психологического сопровождения студентов-инвалидов, учитывая особенности проявления их нозологии.

**Результаты.** Хотелось бы отметить, что концепция психологического сопровождения направлена на повышение адаптации и ресоциализации студентов-инвалидов. Для успешного обучения и успешной адаптации к условиям вуза необходимо своевременное психологическое сопровождение, направленное на формирование конструктивной маршрутизации образовательного процесса и конструктивного взаимодействия студентов-инвалидов со всеми участниками образовательного процесса.

**Заключение.** Для развития инклюзивного образования необходимо проводить психологическое сопровождение, включая актуализацию образовательных маршрутов для студентов-инвалидов разных нозологических групп, исходя из того, что на каждом образовательном этапе они могут нуждаться в помощи психологов.

**Ключевые слова:** инклюзивное высшее образование, психологическое сопровождение, психологическая помощь.

## ACTUALIZATION OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT AT THE UNIVERSITY FOR STUDENTS WITH DISABILITIES OF DIFFERENT NOSOLOGIES

*Evstifeeva E.A., Gefele O.F.*

Tver State Technical University (Tver)

**Keywords:** inclusive higher education, psychological support, psychological assistance.

### **Сведения об авторах:**

Евстифеева Елена Александровна, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой психологии, истории и философии Тверского государственного технического университета (Тверь), pif1997@mail.ru.

Гефеле Ольга Фридриховна, кандидат философских наук, доцент педагогики и психологии, доцент кафедры психологии, истории и философии Тверского государственного технического университета (Тверь), helga2003@mail.ru.

## ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ОРДИНАТОРОВ ТВГМУ

*Евстифеева Е.А., Мурашова Л.А., Макаров А.В.*

Тверской государственной медицинской академии (Тверь)

**Введение.** Наличная масштабированная проблема быстрого эмоционального выгорания врачей и недостаточно сформированные коммуникативные навыки для эффективного взаимодействия «врач–пациент» инициируют особое внимание при подготовке медицинских кадров. Будучи социономической профессией медицинская деятельность требует от субъекта

этой деятельности специальных коммуникативных навыков и эмпатических склонностей как личностно-психологических маркеров, которые сопряжены с ней. В связи с этим на разных этапах профессиональной подготовки медицинских кадров значимо контролировать и оценивать их личностно-психологическое состояние. В 2023 году в Тверском государственном медицинском университете было проведено психодиагностическое исследование обучающихся ординаторов. Выборка: 159 ординаторов, из которых 108 женщин и 51 мужчина, в возрасте от 27 до 38 лет. Цель исследования – оценка личностно-психологического состояния обучающихся и их готовности к медицинской деятельности. На основе эмпирического исследования определяются границы коммуникативных и организаторских склонностей и уровень развития эмпатии. Выбор таких составляющих личностно-психологического состояния обусловлен их взаимосвязью. Они также могут рассматриваться как прогностический фактор для сборки субъектов врачевания (врач–пациент), для их диалоговой коммуникации.

**Материалы и методы.** Методика «Коммуникативные и организаторские склонности» (В.В. Синявский, В.А. Федорошин), измеряющая степень активности при взаимодействии с другими людьми и уровень коммуникативных и организаторских склонностей. Методика «Уровень эмпатии» (В.В. Бойко), измеряющая уровень развития эмпатии и как вариант рационально-эмоционально-интуитивной репрезентации другого человека.

**Результаты.** Установлено, что 71 % респондентов демонстрируют низкие показатели по шкале «коммуникативные склонности», у 76 % ординаторов эксплицированы низкие значения по шкале «организаторские склонности». У 35 % реципиентов зарегистрированы низкие значения по уровню эмпатических способностей личности, у 40 % фиксируются значения среднего уровня эмпатии.

**Заключение.** Результаты исследования свидетельствуют о том, что низкий уровень коммуникативных и организаторских склонностей у ординаторов можно рассматривать как личностно-психологические детерминанты, которые депривируют личностно-психологическое здоровье ординаторов и негативно влияют на готовность к профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** ординаторы, коммуникативные и организаторские склонности, эмпатия.

## ASSESSMENT OF PERSONALITY-PSYCHOLOGICAL STATE OF TVGMU RESIDENTS

*Evstifeeva E.A., Murashova L.A., Makarov A.V.*

Tver State Medical University (Tver)

**Keywords:** residents, communication and organizational aptitudes, and empathy.

### **Сведения об авторах:**

Евстифеева Елена Александровна, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики и Отечественной истории Тверского государственного медицинского университета (Тверь), pif1997@mail.ru.

Мурашова Лада Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и Отечественной истории Тверского государственного медицинского университета (Тверь), pif1997@mail.ru.

Макаров Андрей Валерьевич, кандидат философских наук, доцент, декан факультета клинической психологии Тверского государственного медицинского университета (Тверь), shoshinkan@mail.ru.

**ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ВРАЧА  
В ПРАКТИКЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*Евстифеева Е.А., Мурашова Л.А., Филиппченкова С.И., Макаров А.В.*

Тверской государственной медицинский университет (Тверь)

**Введение.** Для современного врача, который в высокотехнологичной медицине решает нелинейные, многовариантные, рискованные профессиональные задачи, связанные с сохранением здоровья и качества жизни человека, принцип партисипативности персонализированной медицины требует изменения парадигмы мышления врача, наличия дополнительных профессиональных компетенций. Новейший профессиональный медицинский этос вместе с деонтологической этикой и традиционными профессионально важными качествами врача призывают к их расширению. Именно в процессе обучения в медицинском вузе формируются и развиваются базовые индивидуально-психологические характеристики будущего врача, лежащие в основе его профессиональной идентичности и эффективности его трудовой деятельности.

**Материалы и методы.** Исследованы показатели: экзистенциальный настрой, рефлексивность, уровень субъективного контроля и коммуникативно-организаторские склонности. Выборку исследования составили ординаторы 1 и 2 года обучения Тверского государственного медицинского университета (128 человек, из них 61 мужчина и 67 женщин в возрасте от 24 до 28 лет, средний возраст  $25,6 \pm 3,8$ ). Диагностический инструментарий исследования составила батарея психодиагностических методик: методика «SF-36» (качество жизни), шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Оглер, методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова, опросник уровня субъективного контроля Дж. Роттера, методика диагностики коммуникативных и организаторских склонностей Н.П. Фетискина. Для обработки полученных результатов использовались математико-статистические методы обработки психологических данных (сравнительный и дескриптивный анализ).

**Результаты.** Выявленные характеристики экзистенциальной исполненности у ординаторов позволяют сделать вывод о том, что их экзистенциальный выбор отягощён отсутствием сформированной ответственности, свободы выбора, механизмов объективной оценки своих возможностей и регуляции эмоциональных переживаний. Респонденты имеют в достаточной степени сформированную уверенность в собственном решении, обладают способностью находить реальные возможности действовать, создавать из них иерархию в соответствии с собственным представлением об их ценности и находить обоснованное решение возникшей проблемы, наблюдается ясность, критичность осуществляемых респондентом поступков. Рефлексивность у ординаторов имеет преимущественно низкий с тенденцией к среднему уровень, респондентам свойственны импульсивность в обдумывании своей текущей деятельности, сложность в анализе происходящего и в принятии решений, отсутствие склонности к самоанализу в конкретных жизненных ситуациях. Показатели экстернальности и интернальности у студентов, ординаторов и врачей в большинстве случаев попадают в диапазон средних значений. Это является показателем того, что ещё с момента обучения представители медицинской профессии имеют достаточно устойчивую оценку действительности, сложные условия и высокие требования, которые сопровождают медиков с момента обучения и на протяжении всей профессиональной деятельности, способствуют формированию навыков быстрой оценки ситуации и принятию решения в условиях дефицита времени,

т.е. ориентироваться по ситуации, гибко мыслить и чётко действовать. Выявленные коммуникативные и организаторские умения у наших респондентов имеют низкий уровень или ниже среднего, что характеризует наших респондентов как людей, которые не стремятся к общению, проявления их инициативы в общественной деятельности крайне снижено, во многих делах они предпочитают избегать принятия самостоятельных решений.

**Заключение.** Исследование профессионально важных качеств у ординаторов показало, что объективной проблемой сегодня является недостаточная сформированность таких профессионально важных качеств, как рефлексивность, ответственность, доверие, коммуникативные склонности (в более чем 50 % случаев). Налицо необходимость проведения психологических мероприятий (психодиагностических мониторингов и тренингов) для формирования и развития профессионально важных качеств медицинских работников.

**Ключевые слова:** ординаторы, профессионально важные качества, рефлексивность, ответственность, коммуникация, экзистенциальный настрой.

**THE PROBLEM OF FORMATION AND DEVELOPMENT  
OF PROFESSIONAL IDENTITY OF A DOCTOR IN THE PRACTICE  
OF HIGHER MEDICAL EDUCATION**

*Evstifeeva E.A., Murashova L.A., Filippchenkova S.I., Makarov A.V.*

Tver State Medical University (Tver)

**Keywords:** residents, professionally important qualities, reflexivity, responsibility, communication, existential attitude.

**Сведения об авторах:**

Евстифеева Елена Александровна, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, руководитель Психологической службы ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России (Тверь), pif1997@mail.ru.

Мурашова Лада Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент, проректор по учебной работе, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России (Тверь), lada-murashova@yandex.ru.

Филиппченкова Светлана Игоревна, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России (Тверь), sfilippchenkova@mail.ru.

Макаров Андрей Валерьевич, кандидат философских наук, доцент, декан факультета клинической психологии, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России (Тверь), shoshinkan@mail.ru.

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

*Зеленина Н.В., Федоткина И.В.*

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Наиболее частыми причинами увольнений офицеров по состоянию здоровья являются болезни системы кровообращения (I00-I99) и болезни органов пищеварения (K00-K93 по МКБ-10), которые составляют 30-40 % и относятся к стресс-индуцированным соматическим заболеваниям (СИСЗ). В связи с этим актуальными остаются исследования психологических детерминант стрессоустойчивости, в том числе копинг-стратегий, которые являются наиболее перспективным с точки зрения возможности психологической коррекции. Цель исследования – выявление поведенческих предикторов развития СИСЗ у военнослужащих и оценка их влияния на качество жизни.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали курсанты военного вуза (102 человека) и офицеры с различным сроком службы той же специальности (170 человек). Для выявления копинг-моделей использовали опросник С. Хобфолла «SACS» в адаптации Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой. Качество жизни (КЖ) оценивали по опроснику SF-12. Заболеваемость анализировали по результатам опроса о наличии подтвержденных диагнозов и соотносили с классами и нозологиями МКБ-10. Полученные результаты обрабатывали с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.

**Результаты.** Установлено, что ни у одного курсанта 1 курса не было СИСЗ, на 5 курсе у 2 % обучающихся были выявлены заболевания системы пищеварения (гастрит) и заболевания системы кровообращения (варикозная болезнь). Анализ частоты встречаемости СИСЗ у офицеров в зависимости от срока службы показал их неуклонный рост. Так, при сроке службы 0-5 лет СИСЗ были диагностированы у 6 % офицеров, при 6-10 лет – у 7,8 %, при 11-15 лет – у 14,3 %, при 16-20 лет – у 20 % и при 21-25 лет – у 42,9 %. Заболевания органов пищеварения были представлены такими нозологиями, как хронический гастрит, хронический гастродуоденит, эрозия желудка, гастроэзофагеальная рефлюксия, гастроэнтерит, язвенная болезнь желудка. Заболевания системы кровообращения – гипертонической болезнью, нейроциркуляторной астенией по гипертоническому типу, варикозной болезнью, геморроем.

Сравнительный анализ показал, что у офицеров со СИСЗ снижена самооценка качества жизни, особенно по таким шкалам, как «общее здоровье» (75 [50;100] и 50 [50;75],  $p<0,002$ ), «психическое здоровье» (87 [77;100] и 80 [73;87]  $p<0,02$ ), «социальное функционирование» (100 [100;100] и 80 [80;100],  $p<0,005$ ). Они чаще, чем здоровые используют такие копинг-модели, как «поиск социальной поддержки» (23 [19;26] и 26 [21;28],  $p<0,05$ ), «избегание» (13 [10;15] и 15 [13;17],  $p<0,05$ ), «агрессивные действия» (11 [10;14] и 14 [13;18],  $p<0,01$ ).

Корреляционный анализ выявил, что чем более выражена склонность к использованию таких копинг-моделей, как «поиск социальной поддержки», «избегание», «агрессивные действия», тем выше вероятность развития СИСЗ ( $\gamma=0,36$ ;  $\gamma=0,38$ ;  $\gamma=0,41$ ;  $p<0,05$ ). Также было обнаружено, что чем чаще использовалась копинг-модель «агрессивные действия», тем ниже оценивались все аспекты качества жизни: «общее здоровье» ( $\gamma=-0,31$ ;  $p<0,05$ ), «физическое здоровье» ( $\gamma=-0,53$ ;  $p<0,05$ ), «эмоциональное здоровье» ( $\gamma=-0,51$ ;  $p<0,05$ ), «психическое здоровье» ( $\gamma=-0,26$ ;  $p<0,05$ ), «социальное функционирование» ( $\gamma=-0,3$ ;  $p<0,05$ ). Копинг-мо-

дель «избегание» отрицательно коррелировала с «физическим здоровьем» ( $\gamma=-0,47$ ;  $p<0,05$ ) и «эмоциональным здоровьем» ( $\gamma=-0,41$ ;  $p<0,05$ ). Напротив, чем чаще использовалась копинг-модель «осторожные действия», тем выше были показатели по шкале «социальное функционирование» ( $\gamma=0,5$ ;  $p<0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, развитию СИСЗ способствовали такие копинг-модели, как длительно не разрешаемый психологический конфликт («избегание»), «поиск социальной поддержки» вместо конструктивного разрешения конфликта и «агрессивное поведение». Склонность к использованию этих копинг-моделей оказывает негативное влияние не только на физическое здоровье, но и на такие аспекты качества жизни, как «психическое самочувствие», «эмоциональное здоровье» и «социальное функционирование». Стереотипы стресс-преодолевающего поведения формируются в процессе обучения курсантов и их военно-профессиональной адаптации. Мероприятия медико-психологического сопровождения курсантов, направленные на формирование навыков «ассертивных» и «осторожных» действий в трудных жизненных и профессиональных ситуациях, будут способствовать не только повышению эффективности военно-профессиональной адаптации, но и профилактике нарушений соматического здоровья будущих офицеров.

**Ключевые слова:** курсанты, офицеры, стресс-индуцированные соматические заболевания, копинг-модели, качество жизни.

## BEHAVIORAL PREDICTORS OF STRESS-INDUCED DISEASES AND THEIR IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE IN MILITARY PERSONNEL

*Zelenina N.V., Fedotkina I.V.*

S.M. Kirov Military Medical Academy (Saint-Petersburg)

**Keywords:** cadets, officers, stress-induced somatic diseases, coping models, quality of life.

### Сведения об авторах:

Зеленина Наталья Васильевна, канд. биол. наук, доцент, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела (медико-психологического сопровождения) научно-исследовательского центра ФГБ ВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург), zelnatvas@mail.ru.

Федоткина Ирина Викторовна, канд. псих. наук, доцент, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела (медико-психологического сопровождения) научно-исследовательского центра ФГБ ВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург), fedotkini@gmail.com.

## К ВОПРОСУ О ТРУДНОСТЯХ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

*Коновалова А.М., Букинич А.М.*

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова (Москва)

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Москва)

Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований (Москва)

**Введение.** Обучение студентов-клинических психологов в нашей стране проводится на основании федерального государственного образовательного стандарта поколения 3++

специалитет по специальности 37.05.01 Клиническая психология, утвержденного 26 мая 2020 г. приказом № 683 Министерства науки и высшего образования РФ. На данный момент мы можем наблюдать продолжающуюся реформу высшего образования, которая особенно сильно затрагивает преподавание психологии. Периодически обновляются ФГОСы, расширяются и углубляются списки компетенций, которые необходимо сформировать у студентов клинических психологов, идет работа по разработке нового образовательного стандарта специалитета по специальности Клиническая психология, вводятся сложные дисциплины по выбору, отражающие актуальную клинико-психологическую проблематику (когнитивная нейронаука, работа с большими данными, психология утраты, коррекция ПТСР и пр.). Ожидаемое принятие Федерального закона «О психологической помощи населению в Российской Федерации» делает проблему совершенствования высшего психологического образования еще более актуальной.

В этом контексте существенным представляется обращение внимания на проблему трудностей обучения. Диагноз, имеющий большое распространение в детском возрасте, сопровождается различными когнитивными нарушениями и следующими из них проблемами в эмоционально-личностной сфере. На основе метааналитического исследования можно выделить наиболее характерные трудности обучения у студентов: трудности логической связанности написанного текста, сниженный словарный запас и беглость речи, проблемы с различными аспектами грамматики, мотивационный дефицит и др.

Добавим, что в отличие от других наук психологическое знание обладает специфическими особенностями, которые необходимо учитывать при преподавании психологии.

1. Изучаемая в психологии личность лишь относительно постоянна: она меняется с возрастом, изменением характера деятельности. В связи с этим точность познания личности невозможна, её нельзя познать до конца. Кроме того, и сам познающий является личностью, которая может специфическим образом относиться к получаемым знаниям.

2. Процесс познания психологических явлений, осмысления имеющихся моделей требует особого сочетания вербально-логического и образного мышления, а также развитого воображения. Студенту-психологу полезно учиться мыслить образами, метафорами, а также осознавать их природу, подчеркиваемые и затеняемые в метафоре признаки, поскольку ряд концепций и моделей в психологии построен именно на образной основе в силу трудностей четкого определения предмета.

**Заключение.** Представляется, что перечисленные особенности приводят к требованию высокой самоорганизации в части последовательного и логически связанного познания предмета. Обучение психологии требует поиска противоречий, выведения общего и различного в ходе освоения учебных дисциплин, даже практико-ориентированных. Порой сделать это возможно именно при помощи письменной речи, которая позволяет развернуть сложную мысль в едином связанном высказывании. В связи с этим можно ожидать усиление проявлений трудностей обучения у тех студентов-клинических психологов, которые могут быть предрасположены к перечисленным ранее симптомам. Соответственно, это необходимо учитывать и в самом процессе педагогической работы.

**Ключевые слова:** трудности обучения, преподавание в высшей школе, студенты-клинические психологи.

## **SPEAKING OF THE LEARNING DISABILITIES IN CLINICAL PSYCHOLOGY STUDENTS**

*Konovalova A.M., Bukinich A.M.*

Lomonosov Moscow State University (Moscow)

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia  
(Sechenov University) (Moscow)

Federal Scientific Center for Psychological and Interdisciplinary Research (Moscow)

**Keywords:** learning disabilities, teaching in higher education, clinical psychology students.

### **Сведения об авторах:**

Коновалова Александра Михайловна, кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); старший преподаватель кафедры общей психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (Москва), konovalovaam@gmail.com.

Букиннич Алексей Михайлович, научный сотрудник лаборатории консультативной психологии и психотерапии ФГБНУ «Федеральный научный центр психологических и междисциплинарных исследований»; психолог 1-й категории ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» (Москва), aleksey.bukinich@mail.ru.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ВУЗА: СПЕЦИФИКА И ДИНАМИКА ЗАПРОСОВ СТУДЕНТОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

*Макарова И.В.*

Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики (Москва)

**Введение.** Актуальность вопросов психологического благополучия студенческой молодежи заметно выросла за последние несколько лет и с особой силой проявила себя в период пандемии COVID-19. Для системы высшего образования в целом и для каждого конкретного университета насущными стали задачи создания и развития системы психологической поддержки и заботы о ментальном здоровье студентов и сотрудников, профилактики эмоционального выгорания и других аффективных расстройств.

В 2022 году в России была утверждена «Концепция развития сети психологических служб» (утв. Минобрнауки России 29.08.2022 № ВФ/1-Кн), что в свою очередь привело к созданию психологических служб практически в каждом университете страны.

В связи с тем, что психологическая помощь становится доступной каждому студенту в любом университете, важными становятся вопросы о том, каковы запросы студентов при обращении к психологу в рамках высшего учебного заведения в количественном и качественном измерении. Источниками данных послужил 20-летний опыт работы Центра психологического консультирования НИУ ВШЭ, в рамках которого студентам предлагаются консультации профессиональных психологов как основной формы оказания психологической помощи. В течение всех этих лет из года в год мы аккумулируем данные и пытаемся описывать картину субъективного благополучия, нуждаемости и готовности студентов обращаться за психологической, а также за врачебной психиатрической помощью.

Впервые опрос о степени психологического благополучия и запросе на психологическую помощь был проведен в 2013 году, в исследовании приняли участие 340 студентов очно. 2,4 % студентов указали на свое психологическое неблагополучие. В качестве описания проявлений были названы тревоги, депрессии, перепады настроения, тревожность, замкнутость. 55,6 % студентов показали высокий уровень субъективного благополучия.

По вопросу «Готовы ли вы обратиться в Центр психологического консультирования?» 25,5 %, то есть четверть студентов, выразили готовность обратиться к психологу в психологическую службу университета в случае затруднений в жизни. В то время такие показатели интерпретировались не только как довольно высокая степень нуждаемости в консультациях, но и существенным аргументом не в пользу идеи стигматизированности помощи в области ментального здоровья, а также доверием внутриуниверситетской психологической службе. В 2013 году в университете обучался 15 551 студент, реальные показатели обратившихся в том году в центр за консультацией составили 1207 человек, что составляет 7,76 % от общего числа обучающихся.

Изменения, произошедшие за последние 10 лет, отразились прежде всего на количественных показателях – в 2023 году в центр обратились 6345 человек. За эти годы вырос и сам университет, сейчас общая численность студентов составляет 55 000 человек. Таким образом, за психологической помощью во внутриуниверситетскую службу сейчас обращается 11,54 % студентов, что говорит о росте и абсолютных, и относительных показателей. С точки зрения содержательной формулировки запроса на психологическую помощь самые высокие положения занимают стресс и тревога, а также разного рода аффективные трудности, включая те или иные явления, которые можно было бы отнести к депрессивным проявлениям.

В 2023 году Центр внутреннего мониторинга НИУ ВШЭ провел опрос 1973 студентов. Один из вопросов касался того, обращались ли студенты за последний год к какому-либо специалисту в области ментального здоровья. 54 % студентов указали, что они не обращались к специалистам в области ментального здоровья, 31 % посещали психолога хотя бы один раз, суммарно к врачам (психиатр, невролог, психотерапевт) обращались 40 % студентов.

**Заключение.** Таким образом, можно отметить, что за последние годы запрос на психологическую помощь со стороны студентов резко увеличился, в том числе следует отметить, что растет необходимость не только в психологической поддержке, но и в медицинской консультации и помощи. В структуре студенческих жалоб существенное место занимают стресс, проявление тревоги и эмоциональные проблемы.

**Ключевые слова:** психологическое благополучие студентов, психологическая служба университета, психологическое консультирование.

## UNIVERSITY PSYCHOLOGICAL SERVICE: SPECIFICITY AND DYNAMICS OF STUDENTS' REQUESTS FOR PSYCHOLOGICAL HELP

*Makarova I.V.*

National Research University Higher School of Economics (Moscow)

**Keywords:** student well-being, university psychological service, psychological counseling.

### **Сведения об авторе:**

Макарова Ирина Вилориевна, кандидат психологических наук, доцент, директор Центра психологического консультирования НИУ ВШЭ (г. Москва), imakarova@hse.ru.

## ЛИЧНОСТНАЯ МОБИЛЬНОСТЬ СТУДЕНТОВ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ВЫСШЕГО ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Ростомашвили И.Е.*

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** В настоящее время одной из приоритетных задач в системе современного высшего образования по-прежнему является внедрение, развитие и реализация инклюзивной практики, обеспечивающей равные права и возможности студентов с инвалидностью на высшей ступени непрерывного образования в России. Происходящее в общественном сознании переосмысление исторического опыта обучения людей, имеющих те или иные ограничения в состоянии здоровья, постепенное изменение отношения общества и государства к феномену инвалидности, повлияли на расширение возможностей в сфере образования для разных категорий обучающихся.

**Материалы и методы.** Анализ литературных источников и практики инклюзивного образования позволяет говорить о том, что высшее инклюзивное образование сегодня – это конструктивное и прогрессивное явление в России, ориентированное на совместную деятельность разных категорий студентов. Это возможность создать единую целостную платформу не только для обучения в высшем учебном заведении, но и для дальнейшего трудоустройства людей с инвалидностью.

**Результаты.** В последнее время проявляются различные подходы к инклюзивному образованию, в том числе и к высшему, целью которых является реконструкция качества жизни людей с инвалидностью, получающих образовательные услуги. Соответственно, необходимо определить критерии, с помощью которых можно было бы объективно оценить истинное состояние качества их жизни. Но, как показывает практика, уровень жизни граждан с инвалидностью высоким пока ещё не стал. Это касается не только обыденной жизни, но и процесса образования в высших учебных заведениях.

Важным критерием реконструкции качества жизни и получения качественных образовательных услуг студентами, имеющими ограничения в состоянии здоровья, выступает мобильность их личности, отражающая жизненную позицию, уровень личностного роста и степень рефлексии внутреннего мира и собственных возможностей. Фундаментом мобильности личности в условиях инвалидности является самоорганизованность, выступающая показателем зрелости личности человека. Здесь обнаруживаются две противоположные тенденции поведения в условиях инвалидности, одна из которых выражается в активном образе жизни, стремлении достичь полной независимости, научиться справляться с возникающими трудностями. В основе данной стратегии лежит фундаментальная мотивация, побуждающая такую личность проживать свой жизненный путь самостоятельно с осмыслением всех переживаемых событий. Противоположная тенденция иллюстрируется, напротив, вовлеченностью человека в процесс инвалидности, в глубокое погружение в свое состояние, отсутствие попыток его преодолеть и мобилизоваться. Такой человек даже испытывает удовольствие от собственной немощности и немобильности. Ему удобнее выдвигать требования к различным социальным адресатам: близким людям, государству, образовательным учреждениям, в которых он пытается получить образование, к социальным институтам.

**Заключение.** Очевидно, что качество образования в высших учебных заведениях зависит от собственной вовлеченности и самоорганизованности студента. На данной ступени образования человек уже сам расставляет приоритеты. Обозначенные экзистенциальные факторы являются очевидными и для студентов с инвалидностью, претендующих на равные права во всех сферах жизнедеятельности. Неотъемлемым условием мобильности личности, а также удовлетворенности собой является личностная направленность на самостоятельный, а не на зависимый образ жизни.

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, студенты с инвалидностью, мобильность.

## PERSONAL MOBILITY OF STUDENTS WITH DISABILITIES IN THE PROCESS OF HIGHER INCLUSIVE EDUCATION

*Rostomashvili I.E.*

St. Petersburg State Institute of psychology and social work (St. Petersburg)

**Keywords:** inclusive education, students with disabilities, mobility.

### Сведения об авторе:

Ростомашвили Ия Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры клинической психологии Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы (Санкт-Петербург), [ija10@yandex.ru](mailto:ija10@yandex.ru).

## ВЫРАЖЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

*Силаева Д.В., Гуткевич Е.В.*

Национальный исследовательский Томский государственный университет (Томск)

Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (Томск)

Научно-исследовательский институт психического здоровья (Томск)

**Введение.** Расстройства пищевого поведения включают аномальное поведение, связанное с приемом пищи и сопровождающееся выраженной обеспокоенностью собственным весом и фигурой. В исследовании мы рассматриваем выраженность характерных признаков расстройств пищевого поведения у студентов.

Нервная анорексия и нервная булимия имеют большее распространение среди подростков (12-17 лет) и молодых людей (18-25 лет), распространенность нервной булимии у женщин варьирует от 0,5 до 1,6 %, у мужчин – от 0,1 до 0,7 %.

При нервной анорексии и булимии характерно негативное восприятие своего тела, страх перед ожирением и набором килограммов, страх и тревога перед социальным осуждением или невозможностью контролировать свое поведение. Отвращение к себе, социальная тревожность, низкая самооценка могут приводить к депрессивным симптомам, значительно ухудшать качество жизни.

**Материалы и методы.** На базе НИ ТГУ проводилось исследование с участием 16 студентов в возрасте 19-23 лет, с целью рассмотрения выраженности признаков расстройств пищевого поведения. Психодиагностическое исследование проводилось с применением

опросника «Шкала оценки пищевого поведения», предназначенного для оценки характерных признаков при нервной анорексии и нервной булимии. Данный опросник может быть использован как для психопатологической оценки поведения, чувств и физиологических симптомов при нервной анорексии, нервной булимии, а также как скрининговый инструмент для диагностики нарушений пищевого поведения в неклинической выборке и для оценки эффективности результатов лечения.

**Результаты.** Отмечено, что у 44 % (7 чел.) наблюдается низкий уровень стремления к худобе, у 31 % (5 чел.) – средний уровень, а у 25 % (4 чел.) – высокие значения. По шкале «булимия» у 50 % (8 чел.) – низкий уровень, у 12 % (2 чел.) средняя выраженность и у 38 % (6 чел.) – высокая выраженность исследуемого признака. У 12 % (2 чел.) выявлен низкий уровень неудовлетворенности своим телом, у 50 % (8 чел.) отмечается средняя выраженность, у 38 % (6 чел.) – высокий уровень. По шкалам «неэффективность» и «перфекционизм» у 44 % (7 чел.) отмечается низкая выраженность, у 38 % (6 чел.) – средний уровень, у 18 % (3 чел.) – высокий. Недоверие в межличностных отношениях на низком уровне выраженности отмечается у 18 % (3 чел.), средняя выраженность у 57 % (9 чел.) и высокая – у 25 % (4 чел.). По шкале «интероцептивная некомпетентность» у 37,5 % (6 чел.) низкий уровень, у 37,5 % (6 чел.) – средняя выраженность и у 25 % (4 чел.) – высокая выраженность исследуемого признака.

**Заключение.** Таким образом, можно отметить, что респондентки обладают различными уровнями стремления к худобе, булимии, неудовлетворенности телом, неэффективности, перфекционизма, недоверия в межличностных отношениях и интероцептивной некомпетентности. В частности, значительная часть участников исследования имеют средние показатели по большинству изученных характеристик. Высокие уровни стремления к худобе и булимии наблюдаются у небольшой части исследуемых, в то время как выраженная неудовлетворенность телом и высокий уровень недоверия в межличностных отношениях характеризуют достаточно значительное число участников исследования. Также замечено, что низкие уровни неэффективности и интероцептивной некомпетентности преобладают среди студенток университета.

Исходя из представленных данных, можно сделать вывод о разнообразии характеристик, связанных с пищевыми расстройствами и дисфункциями в отношениях с собой и другими людьми у рассматриваемой группы. Важно дальнейшее изучение этих факторов для понимания и преодоления проблем, связанных с пищевыми расстройствами и отношениями с собой и окружающим миром. Рассмотрение особенностей пищевого поведения у студентов, становится первым этапом в построении программ профилактики и терапии расстройств пищевого поведения.

**Ключевые слова:** расстройство пищевого поведения, пищевое поведение, нервная анорексия, нервная булимия, нарушения пищевого поведения.

## SEVERITY OF SIGNS OF EATING DISORDERS IN STUDENTS

*Silaeva D.V., Gutkevich E.V.*

National Research Tomsk State University (Tomsk)

Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences (Tomsk)

Research Institute of Mental Health (Tomsk)

**Keywords:** eating disorders, eating behavior, anorexia nervosa, bulimia nervosa.

**Сведения об авторах:**

Силаева Дарья Викторовна, аспирант кафедры генетической и клинической психологии Томского государственного университета (Томск), silaevadvyande2014@yandex.ru;

Гуткевич Елена Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры генетической и клинической психологии НИ ТГУ, ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (Томск), gutkevich.elena@rambler.ru.

**ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ  
К ОБУЧЕНИЮ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

*Тюсова О.В., Исаева Е.Р., Павлова О.В., Марченко Л.О., Левич С.Н., Юсупов В.В.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
Минздрава России (Санкт-Петербург)  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Психологическая готовность к обучению во многом предопределяет адаптацию студента к академической среде, успешность его вхождения в новое сообщество. Успешная адаптация в ВУЗе характеризуется ощущением благополучия, положительным эмоциональным фоном, активностью, выстраиванием позитивных отношений с другими студентами и преподавателями, а также формированием профессиональной идентичности.

Целью данного ежегодного исследования является оценка психологической готовности к обучению (ПГО) у студентов первого курса медицинского вуза.

**Материалы и методы.** Психологическое тестирование студентов 1 курса проводится ежегодно с 2013 года в осеннем семестре на первом курсе. Тестирование проводится очно, в учебных группах, бланковым методом, продолжительность процедуры тестирования 1,5 часа. Участие в исследовании является добровольным и конфиденциальным. В 2020 году из-за пандемийных ограничений тестирование проводилось в дистанционном формате.

В качестве параметров ПГО в исследовании изучаются: общий уровень интеллектуального развития (ОИР), личностный адаптационный потенциал (ЛАП), нервно-психическая устойчивость (НПУ).

Для исследования личностных адаптационных ресурсов используется многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО), пятифакторный личностный опросник (тест «Большая пятерка» П. Коста и Р. МакКрае), опросник В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения»; для изучения интеллектуального потенциала – тест структуры интеллекта «КР-3-85», разработанный сотрудниками психофизиологической лаборатории Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

По итогам тестирования выделяют следующие категории ПГО:

1 категория – высокий уровень развития интеллектуального и личностного адаптационного потенциала;

2 категория – достаточный уровень развития интеллектуального и личностного адаптационного потенциала;

3 категория – удовлетворительный уровень развития интеллектуального и личностного адаптационного потенциала;

4 категория – недостаточный уровень ресурсов, группа риска дезадаптации.

Категории 1, 2 могут быть отнесены к высокому уровню психологической готовности к обучению, категории 3, 4 – к низкому.

**Результаты.** Общая выборка исследования с 2013 по 2023 гг. составляет 9981 чел.: 7430 (74%) девушек и 2551 (26%) юношей. Общий уровень интеллектуального развития студентов находится на уровне выше средних значений, уровень нервно-психической устойчивости – на уровне средних значений. У юношей уровень нервно-психической устойчивости выше. В 2020 г. в период начала пандемии отмечается некоторое повышение уровня нервно-психической устойчивости, эта тенденция сохраняется в 2021, 2022 и 2023 гг. В 2020 г. в период начала пандемии отмечается некоторое повышение уровня саморегуляции поведения, эта тенденция сохраняется в 2021, 2022 и 2023 гг.

У студентов 1,2 категории: высокие показатели нервно-психической устойчивости и саморегуляции поведения, преобладают значения по шкалам «Планирование», «Оценивание результатов», «Гибкость», «Программирование» и «Моделирование» по методике Стиль саморегуляции поведения, по шкалам «Добросовестность», «Экстраверсия» и «Сотрудничество» по методике Большая пятерка, что говорит о выраженной способности к построению внутреннего плана действий по достижению поставленных целей с учетом внешних и внутренних значимых условий, достаточной общительности, самоконтролю, склонности к сотрудничеству и соблюдению норм и правил.

У студентов 4 категории: низкие показатели нервно-психической устойчивости, выявлены более высокие показатели по шкале «Самостоятельность» по методике Стиль саморегуляции поведения и по шкале «Нейротизм» пятифакторного опросника «Большая пятерка», более низкие показатели по шкалам «Экстраверсия», «Сотрудничество» и «Добросовестность», что свидетельствует о высокой тревожности, сниженной способности к сотрудничеству и взаимодействию при наличии стремления проявлять себя и подтверждает их нервно-психическую неустойчивость и сниженную способность к адаптации.

Результаты расположения студентов по категориям представляют собой нормальное распределение, где большинство студентов (90 %) попадают в категории 2,3, а меньшинство – в категории 1,4 (10 %). Студенты попадают в категорию 4 за счет низкого уровня нервно-психической устойчивости, обладают недостаточным уровнем адаптационных ресурсов, находятся в группе риска по дезадаптации, поэтому нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении.

**Заключение.** Ежегодное исследование психологической готовности к обучению у студентов 1 курса медицинского вуза позволяет оценить динамику общего уровня интеллектуального развития и нервно-психической устойчивости студентов. Полученные результаты дают возможность распределить студентов по различным категориям готовности к обучению и показывают необходимость раннего психолого-педагогического сопровождения студентов с недостаточным уровнем ресурсов, находящихся в группе риска дезадаптации, для того чтобы способствовать их успешному прохождению всего курса обучения в медицинском вузе.

**Ключевые слова:** психологическая готовность к обучению, студенты, медицинский ВУЗ.

**Благодарность:** авторы выражают благодарность сотрудникам Лаборатории по прогнозу академической успешности и дальнейшей профессиональной деятельности и преподавателям кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

**ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR LEARNING  
AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS**

*O.V. Toussova, E.R. Isaeva, O.V. Pavlova, L.O. Marchenko, S.N. Levich, V.V. Yusupov*

First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov  
of the Ministry of Health of the Russian Federation (St. Petersburg)

S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defense of the Russian Federation  
(St. Petersburg)

**Keywords:** psychological readiness for learning, students, medical university.

**Сведения об авторах:**

Тюсова Ольга Викторовна, кандидат социологических наук, доцент по специальности «Медицинская психология», доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург) otoussova@yandex.ru.

Исаева Елена Рудольфовна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

Павлова Ольга Владимировна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

Марченко Лариса Олеговна, научный сотрудник отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ (Санкт-Петербург).

Левич Светлана Николаевна, старший научный сотрудник отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ (Санкт-Петербург).

Юсупов Владислав Викторович, доктор медицинских наук, профессор кафедры мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова; начальник отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра, Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ (Санкт-Петербург).

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОГНОЗИРОВАНИИ  
УСТОЙЧИВОСТИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ВЫГОРАНИЮ  
МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ**

*Федоткина И.В., Зеленина Н.В., Яковлева Л.В., Дианова Н.Л.*

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)

**Введение.** Предотвращение формирования синдрома профессионального выгорания у военных врачей является важной задачей психопрофилактических мероприятий в войсках. В международной классификации болезней (МКБ-10) состояние выгорания относится к рубрике Z-73 «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни»

и сопровождается широким спектром деформаций личности, снижением профессиональной надёжности. Ранее нами было установлено, что при относительно невысокой частоте встречаемости синдрома выгорания у врачей войскового звена, такое нарушение может быть устойчивым и иметь тенденцию к переходу в более системные негативные трансформации личности. Показатели признаков профессионального выгорания у военных медицинских специалистов находились в прямой статистически значимой корреляционной взаимосвязи с показателями девиантного поведения, высокой тревожности, обособленности, сниженной самооценки и настроения ( $p < 0,001-0,05$ ). В то же время можно выделить личностные ресурсы «сопротивления» выгоранию, способствующие сохранению самооценки, мотивации, адекватных отношений с окружающими, эмоционального благополучия. К ним относятся такие личностные особенности, как экстраверсия ( $p < 0,01$ ), стеничность, лидерство ( $p < 0,001$ ), добросовестность ( $p < 0,05$ ), дружелюбие ( $p < 0,001$ ), эмоциональная стабильность ( $p < 0,001$ ), открытость опыту ( $p < 0,001-0,05$ ). В целом можно заключить, что сочетание различных психологических свойств личности, а также социальных факторов профессиональной деятельности далеко не всегда позволяют сделать правильные выводы об устойчивости к выгоранию конкретного специалиста. В то время как ценность такого прогноза не снижается и даже возрастает в условиях проведения специальной военной операции.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. В нем принимали участие офицеры медицинской службы ( $n=403$ ) клинического и командного профилей деятельности. Проверялась возможность разработки метода прогнозирования устойчивости к профессиональному выгоранию на основе данных, полученных в ходе планового психологического обследования личного состава. Комплекс методик психодиагностического тестирования включал опросники «Девиантность» и «Модуль-о», разработанные в Военно-медицинской академии; опросник «Профессиональное выгорание» М.А. Дмитриевой и В.М. Снеткова (вариант адаптации опросника К. Маслач и С. Джексона); «Индивидуально-типологический опросник» Л.Н. Собчик (ИТО). Математико-статистический анализ результатов проводили с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.0.

**Результаты.** С помощью кластерного анализа (методом «К-средних») базы данных показателей выраженности симптомов выгорания вся выборка медицинских специалистов была разделена на 2 группы. В группу 1 вошли 38,0 % (абс. 152) выборки специалистов с более высокими показателями выгорания, в группу 2 – 62,0 % (абс. 251) выборки с низкими показателями симптомов выгорания («эмоциональное истощение»  $Me_1=11,0[9,0;14,0]$ ;  $Me_2=5,0[3,0;8,0]$ ,  $p < 0,001$ ; «деперсонализация»  $Me_1=6,0[5,0;7,0]$ ;  $Me_2=3,0[2,0;4,0]$ ,  $p < 0,001$ ; «редукция личных достижений»  $Me_1=27,0[24,0;30,0]$ ;  $Me_2=33,0[30,0;35,0]$ ,  $p < 0,001$ ).

Для прогнозирования устойчивости к выгоранию использовался дискриминантный анализ базы данных психологического обследования врачей обеих групп. В результате была получена статистически значимая модель (Wilks' Lambda: 0,70243 approx.  $F(8,392)=20,758$   $p < 0,0001$ ). В нее вошли показатели шкал опросника ИТО: «лидерство» ( $p < 0,001$ ), «социальная желательность» ( $p < 0,001$ ), «атипичность ответов» ( $p < 0,01$ ), «дезадаптация» ( $p < 0,01$ ), «сензитивность» ( $p < 0,06$ ), «ригидность» ( $p < 0,05$ ), «тревожность» ( $p < 0,11$ ) и показатель опросника «Модуль-о» «личностные особенности» (признаки патопсихологических свойств) ( $p < 0,005$ ). Доля правильных классификаций при использовании разработанных линейных дискриминирующих функций для лиц, входящих в группу 2 («низкий уровень/отсутствие

риска выгорания), составила 87,6 % (219 из 250 человек). Для группы 1 («высокий уровень/риск выгорания») она была ниже и составила всего 60,3 % (91 из 151 человека). Общий показатель правильных классификаций в модели – 77,3 %.

**Заключение.** Использование данных только психологического обследования не позволяет получить надежный прогноз риска профессионального выгорания. Для повышения надежности релевантным представляется биопсихосоциальный подход к исследованию его детерминант.

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание, военный врач, прогнозирование устойчивости к выгоранию.

## THE EFFECTIVENESS OF USING THE RESULTS OF A PSYCHOLOGICAL EXAMINATION IN PREDICTING THE RESISTANCE TO PROFESSIONAL BURNOUT OF MEDICAL PROFESSIONALS

*Fedotkina I.V., Zelenina N.V., Yakovleva L.V., Dianova N.L.*

S.M. Kirov Military Medical Academy of the Defense Ministry of the Russian Federation  
(Saint Petersburg)

**Keywords:** professional burnout, military doctor, predicting burnout resistance.

### Сведения об авторах:

Федоткина Ирина Викторовна, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург), fedotkini@gmail.com.

Зеленина Наталья Васильевна, кандидат биологических наук, доцент, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург), zelnatvas@mail.ru;

Дианова Наталья Львовна, научный сотрудник научно-исследовательского отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург).

Яковлева Л.В., научный сотрудник научно-исследовательского отдела медико-психологического сопровождения научно-исследовательского центра ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург).

## ПРОТЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

*Шаболтас А.В., Розанов В.А.*

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

**Введение.** Студенческая молодежь представляет собой значительный сегмент общества, который чаще всего рассматривается педагогами и психологами в первую очередь через призму образования и становления будущих специалистов. В то же время этот период в жизни

молодых людей сопряжен с множеством стрессовых ситуаций, сопровождаемых высоким уровнем риска развития дистресса и дезадаптации, включая суицидальные переживания и различные виды самоповреждающего поведения.

**Материалы и методы.** Основной целью исследования является выявление характерных для современной студенческой молодежи протективных факторов (антисуицидальных нарративов) и разработка на этой базе приемов предупреждения суицидальных рисков. Первый этап работы предполагал анализ существующих методологических и методических подходов, данных по изучаемой теме в российской и зарубежной периодике, а также анализ социальных сетей. Кросс-секционный дизайн эмпирического исследования будет включать количественные и качественные методики, включая анкеты социо-демографических характеристик и поведенческих рисков, а также модифицированную Колумбийскую шкалу выявления суицидальных рисков, глубинные интервью с участниками из группы высокого риска и экспертные интервью с психологами-консультантами.

**Результаты.** Аналитический этап показал, что большинство исследований суицидального поведения студентов концентрируются на факторах риска суицида с преобладанием личностного подхода, то есть выявлении личностных детерминант суицидальных тенденций и тех сфер, которые являются источниками проблем для студентов. Среди кризисных и сложных выделяются проблемы, связанные с процессом обучения, личные сложности и факторы, связанные с социальным окружением и средой в целом. Исследователями уделяется недостаточно внимания так называемым антисуицидальным ресурсам личности и ситуационным факторам, которые способствовали бы сохранению жизни. Эти факторы недостаточно учитываются как в теоретическом, так и практическом аспектах. Имеющиеся наработки при изучении антисуицидальных барьеров в основном были сделаны много лет назад и на контингентах лиц старшего возраста. Несмотря на то, что имеющийся инструментарий (например, опросник «Причины для жизни» М. Линехан) в дальнейшем обновлялся и редактировался применительно к молодежной аудитории, за последние годы психологические характеристики, стиль жизни и вовлеченность в информационные процессы среди молодежи кардинально изменились. Это является основанием для углубленного изучения психологических и ситуационных факторов преодоления суицидального кризиса среди молодых людей, в частности, студентов вузов.

На современном этапе стоит задача выявить и детально изучить антисуицидальные мотивы у современной российской студенческой молодежи с учетом культурно-психологических особенностей данной группы. Это требует более внимательного изучения глубинных факторов преодоления кризисов и наиболее характерных мотивов, отрицающих суицид как способ совладания со стрессом. Одним из подходов для решения этой задачи в нашей работе является изучение и обобщение антисуицидальных нарративов, характерных для современных студентов. Это предусматривает проведение интервью со студентами, направленных на то, чтобы, с одной стороны, расширить представление молодых людей о суициде и способах преодоления, а с другой, – выявить, что, по их мнению, является эффективными и современными способами предупреждения самоубийств среди людей их возраста и моложе. Важным элементом является обсуждение со студентами вопроса о том, почему, по их мнению, знакомые им люди или они сами не совершили поступок, столкнувшись со своими суицидальными мыслями, помочь студентам понять и осознать причины, которые являются

эффективными мотивами для жизни. Одним из подходов в ходе интервью также может быть обсуждение проектных решений по предотвращению самоубийств среди студентов.

**Заключение.** Исходя из четырех выявляемых в интервью тем (Интернет и социальные сети; социальная изоляция и одиночество; важность близких отношений; важность психологической помощи) прорабатываются модели оказания поддержки со стороны молодых людей с жизненным опытом преодоления кризисов своим сверстникам, испытывающим аналогичные проблемы, возможные студенческие инициативы в сфере превенции, а также направления совершенствования работы психологической службы вузов.

**Ключевые слова:** суицид, суицидальное поведение, психологические факторы, антисуицидальные барьеры, студенческая молодежь, психологическая превенция, превентивные технологии.

**Благодарность.** Исследование выполняется при финансовой поддержке гранта РФФ № 24-28-00713.

## PROTECTIVE FACTORS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN UNIVERSITY STUDENTS

*Shaboltas A.V., Rozanov V.A.*

St.-Petersburg State University (Saint-Petersburg)

**Keywords:** suicide, suicidal behavior, psychological factors, antisuicidal barriers, high school undergraduates, psychological prevention, technologies of prevention.

### Сведения об авторах:

Шаболтас Алла Вадимовна, профессор факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург), a.shaboltas@spbu.ru.

Розанов Всеволод Анатольевич, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург), v.rozanov@spbu.ru.

## ВЛИЯНИЕ СМИ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОБРАЗОМ ТЕЛА У ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК 18-23 ЛЕТ

*Шиндрикова Е.В.*

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

**Введение.** Девушки наиболее подвержены возникновению тревоги, беспокойства относительно собственной внешности из-за социально-культурного давления, в том числе через транслируемые в медиа и СМИ эталоны внешности и параметры тела. В актуальных исследованиях отмечается широкое распространение неудовлетворенности телом, внешностью у молодых людей, а также ставится вопрос о «нормативной неудовлетворенности телом».

**Материалы и методы.** Психодиагностическая батарея состоит из авторской социально-биографической анкеты, шкалы состояний образа тела BISS, методики оценки влияния образа тела на качество жизни BIQLI. Социально-биографическая анкета включает вопросы о росте, весе, субъективной оценке собственного веса, а также ряд вопросов, посвященных изучению влияния СМИ на образ тела, представления девушек об их весе, фигуре, общей

привлекательности, красоте. Математическая обработка данных включает описательные статистики, частотный анализ, коэффициент корреляции Пирсона. Выборку исследования составили 30 девушек-студенток, средний возраст – 19 лет 9 мес. ( $237,76 \pm 3,09$  мес.).

**Результаты.** Частотное распределение влияния образов и стандартов тела и внешности, транслируемые в СМИ, киноиндустрии, индустрии моды, на представление девушек о себе: 50 % выборки исследования отметили негативное влияние, из них 16,7 % выборки исследования отметили крайне негативное влияние; 36,7 % отметили, что транслируемые примеры фигур девушек не оказали никакого влияния на их представление о себе; 13,3 % отметили позитивное влияние, стали лучше относиться к себе.

По результатам корреляционного анализа с помощью коэффициента Пирсона ( $r = -0,499$ , при  $p = 0,005$ ) выявлена статистически достоверная взаимосвязь приверженности диеты и степени влияния СМИ на представление о себе: девушки, которые придерживаются диеты в настоящее время, оценивают влияние транслируемого эталона внешности, фигуры как более негативное. Также выявлены взаимосвязи приверженности диеты девушками-студентками с влиянием СМИ на отдельные компоненты образа тела: фигурой ( $r = -0,527$ , при  $p = 0,003$ ), весом ( $r = -0,522$ , при  $p = 0,003$ ), общей привлекательностью ( $r = -0,444$ , при  $p = 0,014$ ). Чем сильнее оценивают девушки степень влияния транслируемого в СМИ стандарта образа тела и представления о внешнем виде на собственные компоненты образа тела, тем больше девушки придерживаются диеты.

Общая удовлетворённость образом тела (BISS) статистически достоверно взаимосвязана с показателем влияния СМИ на представление о себе ( $r = -0,474$ , при  $p = 0,008$ ) по коэффициенту корреляции Пирсона: у девушек-студенток, отмечающих более сильное негативное влияние стандарта тела, транслируемого в СМИ, киноиндустрии, выявлена более низкая удовлетворённость образом тела.

По результатам корреляционного анализа с помощью коэффициента Пирсона выявлена статистически достоверная взаимосвязь показателя влияния образа тела на качество жизни индивида (BIQLI) с субъективной оценкой собственного веса ( $r = -0,504$ , при  $p = 0,005$ ), показателем влияния СМИ на представление о фигуре ( $r = -0,436$ , при  $p = 0,016$ ), показателем удовлетворенности образом тела (BISS) ( $r = 0,698$ , при  $p = 0,000$ ): чем выше девушки-студентки оценивают свой собственный вес, чем более негативное влияние на представление о фигуре отмечают девушки, тем ниже общая удовлетворенность образом тела у девушек и более негативное влияние образа тела на качество жизни.

**Заключение.** В рамках данного эмпирического исследования получены данные о степени влияния транслируемых в СМИ, медиа стандартов фигуры, параметров тела на представления девушек о собственном теле, фигуре, весе, привлекательности. Выявлено широкое распространение негативного влияния воспринимаемых из СМИ, киноиндустрии эталонов женского тела на представление о себе, удовлетворенность собственным телом.

**Ключевые слова:** образ тела, удовлетворенность образом тела, представление о внешности, девушки, студентки.

## THE INFLUENCE OF THE MEDIA ON BODY IMAGE SATISFACTION AMONG FEMALE STUDENTS AGED 18-23

*Shindrikova E.V.*

Saint-Petersburg State University (Saint-Petersburg)

**Keywords:** body image, body image satisfaction, perception of appearance, women, students.

### **Сведения об авторе:**

Шиндрикova Екатерина Валерьевна, ассистент кафедры общей психологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург), e.shindrikova@spbu.ru.

## СТУДЕНТОЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННОМ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПРОБЛЕМЫ

*Яковлева Н.В.*

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)

**Введение.** Современное общество переосмыслило свое отношение к образованию. Новые информационные и коммуникационные технологии заполнили все сферы нашей жизни, в том числе изменили и обучение в вузе. То, что раньше преподаватель мог передать информацию только в виде устной лекции как результат своей эрудиции, компетентности и личного опыта, теперь можно получить с разнообразных информационных источников. Эти изменения приводят футурологов к мысли об исчезновении классического университета. Действительно, для чего сообщать информацию, которая доступна и без устной речи преподавателя? Многочисленные преобразования и реформы в высшем образовании не дают четких рекомендаций, как действовать преподавателям в данных условиях на самом деле. Новшества в сфере высшего профессионального образования, порождающие многочисленные дискуссии, связаны с перераспределением количества часов учебной нагрузки в сторону уменьшения лекций и увеличения самостоятельной работы студентов. Стоит отметить, что именно лекция всегда была ядром университетского образования. «Классический университет умер. В это трудно поверить, но такова реальность. Правда, история университета говорит о его необыкновенной способности к обновлению и адаптации к новым условиям. Это позволяет надеяться на то, что и сейчас свершится чудо и возникнет новый университет», – отмечает британский профессор Рональд Барнетт.

Мысль Р. Барнетта о том, что университет должен преобразоваться в соответствии с изменениями информационной среды вызывает оптимизм. Но нужны новые подходы к обучению, которые обеспечат оправданность этого оптимизма. Одним из позитивных сценариев развития высшего образования в новой информационной среде – студентоцентрированное обучение. Данный подход к образовательному процессу позволяет сместить акцент с преподавания – трансляции знаний, на учение – активную образовательную деятельность студента. Лекция не отменяется, но существенно перестраивается по методике проведения. Это диалог, конференция, визуализация. Точнее всего выразил эту мысль русский ученый-педагог, философ С.И. Гессен. Он подчеркивал: «значение лекции... не в том, что она

заменяет чтение книги, но в том, что она побуждает к чтению и самостоятельному исследованию прослушанного».

**Материалы и методы.** Основной фокус внимания при студентоцентрированном обучении – профессиональная компетентность студентов, а не только и не столько предметная компетентность преподавателя. Психологи и педагоги, занимающиеся вопросами методологии высшего образования, видят несколько основных причин необходимости внедрения студентоцентрированного обучения, таких как насыщенная информационная среда; массовый характер высшего образования актуальность современного прикладного знания изменение структуры интеллекта молодых людей.

Методология студентоцентрированного обучения основана на следующих принципах: перенос внимания преподавателя на процесс учения студента. Важно не только то, что рассказал преподаватель, а что понял и усвоил студент. Это вопрос не только контроля усвоения знаний, но в обучении способам получения информации.

**Результаты.** В обучение клинических психологов в РязГМУ введен факультатив на английском языке «Психологические исследования» (4 к., 7 сем.). Прекрасно вписывается в это методологическое поле дисциплина «Методы обработки данных в психологии» (2 к., 4 сем.), которая соотнесена с первой курсовой работой студентов-психологов.

В студентоцентрированном подходе важно формировать учебную мотивацию. Во многом эту задачу решают тренинги, которыми насыщена факультативная часть программы обучения. Это и «Практикум по риторике» (1 к., 2 сем.), «Тренинг личностного роста» (2 к., 3 семестр), «Введение в песочную терапию» (4 к., 7 сем.), «Трансактный анализ» (4 к., 8 сем.) «Клинические четверги» для старшекурсников и др. Актуальный психологический контент, активные методы обучения, выбор индивидуальной стратегии обучения – все это факторы, формирующие высокую учебную мотивацию студентов-психологов.

В рамках образовательного процесса налажена эффективная обратная связь в форме опросов студентов и преподавателей, методических встреч по организации дисциплины (на старших курсах), кураторство и тьютерская поддержка старшекурсниками студентов 1-2 курса. Для решения этой задачи применяются методики активного обучения: деятельностное моделирование, анализ кейсов, игро-практики, дискуссии. Формируется новая образовательная среда, в которой студент – не потребитель, а ответственный деятель. В этом году мы планируем внедрить НИР в форме групповых проектов, объединяющих студентов 2 и 4 курса в научные коллективы под руководством преподавателя, которые выполняются в русле научно-исследовательских проектов кафедры.

Еще одна образовательная технология кафедры – это привлечение студентов, успешно изучивших дисциплину, к созданию методических рекомендаций и пособий в роли рецензентов или соавторов.

**Заключение.** Несомненно, студентоцентрированный подход связан со множеством трудностей и для студента, и для преподавателя, и для образовательной среды в целом. Учить студентов или учиться со студентами вместе? Выбор должны сделать субъекты образовательного процесса.

**Ключевые слова:** современное высшее образование, студентоцентрированный подход, подготовка клинических психологов.

**STUDENT-CENTERED APPROACH IN  
MODERN CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL EDUCATION:  
OPPORTUNITIES AND CHALLENGES**

*Yakovleva N.V.*

Ryazan State Medical University (Ryazan)

**Keywords:** modern higher education, student-centered approach, training of clinical psychologists.

**Сведения об авторе:**

Яковлева Наталья Валентиновна, декан факультета клинической психологии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Рязань), Yakovleva.nata2@gmail.com.

### ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН, ПРОХОДЯЩИХ ОРУЖЕЙНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ КОМИССИЮ

*Большакова Т.В., Попова И.А., Савин А.Э., Ворочалкова Е.Е.*

Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль)

**Введение.** Усиление контроля за выдачей оружия связано со свойственным современному обществу высоким уровнем агрессивности, насилия, правового нигилизма. В целях предотвращения несчастных случаев в процессе использования оружия, возможных правонарушений проводится медицинское освидетельствование, при котором с 1 марта 2022 года стал обязательным осмотр психолога, который выявляет личностные особенности человека, препятствующие владению оружием. В настоящее время практически не изучено, какими индивидуально-личностными особенностями обладают мужчины, претендующие на владение оружием, что определяет актуальность исследований в данной работе.

**Материалы и методы.** В качестве методик использовались: «Индивидуально-типологический опросник, ИТО» (Л.Н. Собчик), «Опросник волевого самоконтроля, ВСК» (А.Г. Зверков, Е.В. Эйдман), проективная методика «Дом-Дерево-Человек» (модификация Р.В. Беляускайте). В качестве метода статистической обработки эмпирических данных использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни. Обработка данных осуществлялась с помощью программы «STATISTICA 10».

**Результаты.** В исследовании приняли участие 40 человек. Основную группу составили 20 респондентов мужского пола от 22 до 72 лет, проходящих оружейную медицинскую комиссию в ГБКУЗ ЯО «ЯОПБ». Контрольную группу составили 20 респондентов мужского пола от 18 до 64 лет, не проходящих оружейную медицинскую комиссию.

Анализ полученных результатов по опроснику ВСК показал, что мужчины, проходящие оружейную комиссию, отличаются по таким шкалам, как «Общий индекс» ( $m_1=19,80$ ;  $m_2=16,20$ ;  $p=0,006808$ ), «Настойчивость» ( $m_1=13,40$ ;  $m_2=11,00$ ;  $p=0,009193$ ), «Самообладание» ( $m_1=10,75$ ;  $m_2=8,60$ ;  $p=0,003516$ ), а именно имеют более высокий уровень в независимости, самостоятельности, работоспособности, самообладании и эмоциональной устойчивости. Полученный результат можно объяснить тем, что к владельцам оружия выдвигается больше требований с точки зрения самообладания, самоконтроля и устойчивости в стрессовых ситуациях, а также принадлежностью некоторых мужчин на комиссии к профессиональной группе с высокими стандартами поведения (военные, охрана и т.п.), от которых они стараются не отклоняться.

Также мужчины, проходящие оружейную комиссию, менее искренне отвечают на вопросы методики ИТО согласно шкале лжи ( $m_1=5,75$ ;  $m_2=2,95$ ;  $p=0,000036$ ). Полученный результат может объясняться стремлением мужчин, проходящих оружейную комиссию, давать более социально одобряемые ответы и подчёркивать отсутствие у них отрицательных качеств, которые могут повлиять на получение разрешения на оружие. Далее выявлены различия по таким шкалам методики, как экстраверсия ( $m_1=6,40$ ;  $m_2=4,25$ ;  $p=0,003065$ ), интро-

версия ( $m_1=3,35$ ;  $m_2=5,55$ ;  $p=0,004789$ ) и лабильность ( $m_1=5,80$ ;  $m_2=4,60$ ;  $p=0,018701$ ). Мы можем предположить, что мужчины, проходящие оружейную комиссию, склонны подчеркивать у себя наличие таких индивидуально-личностных особенностей, как экстраверсия и лабильность, понижая при этом выраженность интроверсии, для успешного прохождения оружейной медкомиссии, чтобы создать более социально одобряемый образ.

Нами были выявлены достоверные различия по шкалам методики ДДЧ, а именно «Тревожность» ( $m_1=2,00$ ;  $m_2=3,60$ ;  $p=0,034270$ ), «Враждебность» ( $m_1=3,90$ ;  $m_2=2,30$ ;  $p=0,003427$ ) и «Конфликтность (фрустрация)» ( $m_1=1,05$ ;  $m_2=2,75$ ;  $p=0,002164$ ), т.е. у мужчин, проходящих оружейную комиссию, более выражена враждебность к миру и людям, проявляющаяся в открытой или внутренней неприязни к своему окружению. Также им присущи менее сильное переживание фрустрации, внутренняя конфликтность, связанные с возможным неудовлетворением своих потребностей, и меньшая тревожность в сравнении с мужчинами, которые не проходят оружейную медицинскую комиссию. Можно предположить, что у мужчин, владеющих оружием, более выражены такие качества вследствие работы в профессии, требующей мнительности, внимательности к деталям и подозрительности к людям, большей ответственности (работа на охранных предприятиях, военные профессии и т.д.).

**Заключение.** Существуют индивидуально-личностные особенности мужчин, проходящих оружейную медицинскую комиссию, а именно они обладают:

- высокой враждебностью, но при этом невысокой тревожностью и конфликтностью (фрустрацией);
- склонны к установочному поведению, в связи с чем подчеркивают отсутствие у себя проблем и каких-либо негативных качеств, способных повлиять на разрешение на владение оружием.

**Ключевые слова:** оружейная комиссия, индивидуально-личностные особенности, враждебность, установочное поведение.

## INDIVIDUAL AND PERSONAL FEATURES OF MEN UNDERGOING A MEDICAL EXAMINATION FOR A WEAPONS PERMIT

*Bolshakova T.V., Popova I.A., Savin A.E., Vorochalkova E.E.*

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl)

**Keywords:** weapons commission, individual personality traits, hostility, attitudinal behavior.

### **Сведения об авторах:**

Большакова Татьяна Валентиновна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Ярославского государственного медицинского университета (Ярославль), [tvb8201@gmail.com](mailto:tvb8201@gmail.com).

Попова Ирина Александровна, студент кафедры клинической психологии Ярославского государственного медицинского университета (Ярославль), [igro2002@mail.ru](mailto:igro2002@mail.ru).

Савин Артём Эдуардович, Городской центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, педагог-психолог (Ярославль), [artem.savin00@gmail.com](mailto:artem.savin00@gmail.com).

Ворочалкова Екатерина Евгеньевна, студент кафедры клинической психологии Ярославского государственного медицинского университета (Ярославль), [vorochalkova.keta@gmail.com](mailto:vorochalkova.keta@gmail.com).

## ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Давыдова А.М., Фаттахова Р.Х.*

Сургутский государственный университет ХМАО-Югры (Сургут)

**Введение.** При подготовке будущих врачей все чаще встает вопрос эмоционального выгорания студентов-медиков, первые признаки которого возникают на самых ранних этапах овладения профессией.

**Цель исследования:** изучить подверженность студентов медицинского вуза профессиональному выгоранию на этапе освоения профессии.

Гипотеза: мы предполагаем, что в связи с омоложением профессионального выгорания у студентов 5 и 6 курса на этапе овладения профессией можно диагностировать признаки профессионального выгорания.

Предмет исследования: профессиональное выгорание студентов-медиков.

Первыми, кто заговорил о студенческом выгорании, были Д. Каффри и Пайнс. Под «выгоранием» они предполагали состояние пониженной заинтересованности к учебе, усталости и отсутствие мотивации.

По мнению исследователей, факторами, способствующими студенческому выгоранию, были: огромное количество материала для запоминания, финансовая неуверенность, экзаменационный стресс и дедлайны. Переживания за пациентов во время практики также могли стать причиной выгорания у студентов медицинской специальности.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие студенты-медики 5-6 курса, обучающиеся на направлении «Лечебное дело» в медицинском институте. Всего было опрошено 30 человек в возрасте от 21 до 26 лет, из них 14 студентов 5 курса и 16 студентов 6 курса. Число студентов определялось фактическими размерами обучающихся групп.

Для исследования особенностей проявления профессионального выгорания у студентов-медиков был использован опросник «Профессиональное выгорание» Н.Е. Водопьяновой. Опросник «Профессиональное (эмоциональное) выгорание» был разработан на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексона и адаптирован Н. Водопьяновой, Е. Старченковой.

**Результаты.** На первом этапе мы определили особенности проявления профессионального выгорания согласно выделенным авторами критериям.

При исследовании уровня выгорания у студентов-медиков было выявлено, что 66,7 % всех испытуемых имеют высокий уровень эмоционального истощения. Это свидетельствует о том, что у них есть выгорание. У 20 % испытуемых уровень эмоционального истощения находится в среднем значении. Это значит, что эмоциональное выгорание у них нет, но они находятся в зоне риска. У 13,3 % испытуемых низкий уровень эмоционального истощения, что говорит об отсутствии у них выгорания.

У 66,7 % испытуемых, имеющих выгорание, у 84,6 % высокий уровень деперсонализации. Это значит, что у них проявляется эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а также раздражительность, негативизм и циничное отношение к окружающим. У 15,4 % деперсонализация находится на среднем уровне, т.е. проявляются не все симптомы, либо проявляются, но не в такой сильной мере, как при высокой деперсонализации.

У 76,9 % тех, кто имеет выгорание, наблюдается высокий уровень редукции профессиональных достижений. Испытуемые негативно оценивают свою компетентность и продуктивность и, как следствие, снижается мотивация в получении знаний в профессиональной сфере, нарастает негативизм в отношении учебных обязанностей, изоляция от окружающих, отстраненность и неучастие, избегание учебы. У 15,4 % выявлен средний уровень редукции профессиональных достижений, что говорит нам о том, что их мотивация к обучению упала, но они продолжают выполнять свои обязанности. Однако они стараются сэкономить свои ресурсы за счет невыполнения работы там, где это не обязательно, но желательно.

На втором этапе мы определили фазу выгорания респондентов. Из всех, кто имеет выгорание, у 23,1 % выявлена 6 фаза, у 15,4 % – 7 фаза, а у 61,5 % – 8 фаза выгорания – это высокая степень выгорания. Это говорит нам о том, что состояние испытуемых находится на крайней точке и затрагивает все сферы учебной деятельности.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют говорить о том, что студенты-медики испытывают профессиональное выгорание задолго до того, как приступают к работе с пациентами. Своевременное обнаружение и устранение рисков выгорания позволит предотвратить усиление симптоматики на следующем профессиональном этапе.

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание, эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция профессиональных достижений, студенты-медики.

## FEATURES OF THE MANIFESTATION OF PROFESSIONAL BURNOUT AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

*Davydova A.M., Fattakhova R. H.*

Surgut State University of KhMAO-Yugra (Surgut)

**Keywords:** professional burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduction of professional achievements, medical students.

### **Сведения об авторах:**

Давыдова Анна Михайловна, старший преподаватель кафедры психологии Сургутского государственного университета (Сургут), [kam05@bk.ru](mailto:kam05@bk.ru).

Фаттахова Радмила Халиловна, студентка 3 курса ИГОиС [fattakhova\\_1492@mail.ru](mailto:fattakhova_1492@mail.ru).

## УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ЕГО ДИНАМИКА У МАТЕРЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Евмененко А.О., Коргожа М.А.*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург)

**Введение.** Научный интерес к изучению особенностей эмоционального состояния женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка сохраняет свою актуальность и привлекает внимание отечественных и зарубежных специалистов. По данным ВОЗ, ежегодно в мире рождается около 15 млн недоношенных детей, в Российской Федерации данный показатель составляет около 4-6 % от всех новорожденных. Эмоциональное состояние женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка характеризуется наличием высокого уровня

стресса, наличием тревожной и депрессивной симптоматики, однако в научной литературе крайне мало представлено исследований, изучающих особенности эмоционального состояния женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка в динамике.

Целью настоящего исследования являлось определение уровня тревоги и его динамики у матерей недоношенных детей.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 83 женщины, которые были разделены на 3 группы сравнения в соответствии с классификацией ВОЗ: 1 группа – 18 матерей в ситуации рождения детей крайне преждевременно (менее 28 недель); 2 группа – 30 матерей в ситуации рождения детей значительно преждевременно (от 28 до 32 недель); 3 группа – 35 матерей в ситуации рождения детей умеренно и незначительно преждевременно (от 32 до 36 недель). Динамика уровня тревоги изучалась в два этапа: оценка осуществлялась в течение первой недели после преждевременных родов и через 12-14 недель после рождения ребенка. Уровень тревоги оценивался по общему баллу скрининговой шкалы перинатальной тревоги (PASS-R) (М.А. Коргожа, А.О. Евмененко, 2020). Для оценки различий значений между двумя замерами в одной группе исследования применялся Т-критерий Вилкоксона.

**Результаты.** Уровень тревоги у матерей недоношенных детей различается в каждой группе исследования и имеет отрицательную динамику ( $p \leq 0,05$ ) через 12-14 недель после рождения ребенка.

Для женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка крайне преждевременно характерно наличие тяжелого уровня тревоги, а также отрицательная динамика ( $T = -2,021$ ,  $p = 0,043$ ), которая указывает на сохранение выраженных симптомов тревоги, значительно влияющих на процесс адаптации к ситуации послеродового периода.

Для женщин в ситуации рождения недоношенного ребенка значительно преждевременно и умеренно и незначительно преждевременно характерен средний (умеренный) уровень тревоги, указывающий на наличие устойчивых симптомов тревоги в эмоциональном состоянии женщин. Отрицательная динамика во второй ( $T = -3,952$ ,  $p = 0,001$ ) и третьей ( $T = -2,981$ ,  $p = 0,003$ ) группе респондентов указывает на сохранение устойчивых симптомов тревоги через 12-14 недель после рождения недоношенного ребенка.

**Заключение.** Уровень выраженности тревоги у матерей недоношенных детей отличается в зависимости от категории недоношенных детей по сроку рождения. При этом для всех групп респондентов характерна отрицательная динамика уровня тревоги. Результаты исследования показали, что особую актуальность приобретает вопрос определения направлений психологической помощи женщинам в ситуации рождения недоношенного ребенка.

**Ключевые слов:** преждевременные роды, недоношенный ребенок, эмоциональное состояние, тревога, психологическая помощь.

## THE LEVEL OF ANXIETY AND ITS DYNAMICS IN MOTHERS OF PREMATURE BABIES

*Evmenenko A.O., Korgoza M.A.*

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
St. Petersburg State Pediatric Medical University of the Ministry of Health of Russia (Saint Petersburg)

**Keywords:** premature birth, premature infant, emotional state, anxiety, psychological assistance.

**Сведения об авторах:**

Евмененко Алеся Олеговна, аспирант кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), [Alesya\\_545@mail.ru](mailto:Alesya_545@mail.ru).

Коргожа Мария Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Санкт-Петербург), [ma.korgozha@gpmu.org](mailto:ma.korgozha@gpmu.org).

**ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РЕПЛИКАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ  
ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА  
У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Ф-МРТ ДИАГНОСТИКИ**

*Исаева Е.Р., Комарова А.Н.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Научная новизна и актуальность исследования заключаются в обнаружении объективных маркеров для психодиагностической оценки депрессивного расстройства на основании данных нейровизуализации. В настоящее время развернутые исследования функциональной активности мозга у больных с расстройствами депрессивного спектра проводятся преимущественно за рубежом, а их данные не всегда согласуются между собой. Вопрос обнаружения объективных мозговых факторов возникновения и протекания депрессии все еще остается актуальной проблемой как для психиатров, так и для физиологов.

**Цель исследования:** выявить психологические и психофизиологические маркеры расстройств депрессивного спектра.

**Материалы и методы.** В исследовании использованы экспериментально-психологический метод и метод нейровизуализации функциональной активности головного мозга (с использованием данных ф-МРТ диагностики) с одномоментным предъявлением пациентам эмоционально-значимых и эмоционально-нейтральных вербальных стимулов. Психодиагностические методики: шкала депрессии Бека (BDI), шкала оценки тревоги и депрессии HADS, шкала тревоги Спилбергера–Ханина, цифровая корректурная проба.

**Результаты.** Пилотное исследование проводилось в период с 1 марта 2024 года по 28 августа 2024 года. В исследование было включено 16 пациентов с верифицированным врачом-психиатром диагнозом «депрессивное расстройство». Число респондентов в группе условно здоровых лиц – 20 человек. Общий объем выборки на данном этапе исследования – 36 человек.

Критерии включения пациентов с расстройствами депрессивного спектра: верифицированный врачом-психиатром диагноз Рекуррентное депрессивное расстройство (F33) умеренной степени тяжести, без соматической симптоматики; прохождение лечения на дневном стационаре или амбулаторно, возраст от 25 до 45 лет.

Критерии исключения из группы пациентов (расстройства депрессивного спектра): органическое поражение головного мозга (в соответствии с критериями МКБ-10), синдром

зависимости от алкоголя и других психоактивных веществ (в соответствии с критериями МКБ-10), наличие коморбидных расстройств аффективной сферы (в соответствии с критериями МКБ-10), медицинские противопоказания для проведения фМРТ-исследования.

На начальном этапе исследования нами была разработана и апробирована батарея методик на исследование эмоциональной сферы у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством. Методики применяются с целью валидации шкалы фон Зерссена (von Zerssen's depression scale), используемой в оригинальном исследовании, проведенном в Пловдивском медицинском университете (Plovdiv Medical University, Plovdiv, Bulgaria).

**Перспективы исследования.** В рамках нашего исследования, направленного на изучение функциональной активности головного мозга у пациентов с расстройствами депрессивного спектра, мы столкнулись с неоднозначными результатами. Это позволяет нам глубже понять сложности, с которыми сталкиваются люди, страдающие депрессией, и разработать более эффективные методы помощи.

Для оптимизации объема исследуемой выборки не менее важно уточнить критерии включения и исключения пациентов или участников исследования. Четко определенные критерии помогут исключить из выборки пациентов, не отвечающих целям исследования, и сосредоточиться на группе, наиболее репрезентативной для исследуемой проблемы. Такой подход способствует сокращению искажений и увеличению внутренней валидности исследования.

Для более глубокого анализа пациентов, а также прогнозирования результатов исследования, подключение методов нейропсихологической диагностики и методик на изучение исполнительных функций и предсказательной способности является очень важным шагом. Точный анализ когнитивных процессов позволит нам выявить особенности функционирования мозга у пациентов с депрессией, а также связи между различными аспектами когнитивной деятельности и психопатологией. Эти данные будут полезны для разработки индивидуализированных методов лечения и поддержки пациентов с депрессивными расстройствами.

**Ключевые слова:** депрессия, депрессивное расстройство, функциональная активность мозга, клиническая психология, психофизиология, ф-МРТ.

**Благодарность:** исследование выполнено совместно с Лабораторией когнитивной психологии и психофизиологии Федерального государственного бюджетного учреждения науки Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук (ИМЧ РАН).

## EXPERIENCE OF CONDUCTING A REPLICATION STUDY OF THE FEATURES OF FUNCTIONAL ACTIVITY OF THE BRAIN IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS USING F-MRI DATA

*Isaeva E.R., Komarova A.N.*

First Pavlov State Medical University (Saint Petersburg)

**Keywords:** depression, depressive disorder, functional brain activity, clinical psychology, psychophysiology, f-MRI.

**Сведения об авторах:**

Исаева Елена Рудольфовна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [isajeva@yandex.ru](mailto:isajeva@yandex.ru).

Комарова Анастасия Николаевна, аспирант кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [asya.pas@yandex.ru](mailto:asya.pas@yandex.ru).

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ  
ВЗАИМООТНОШЕНИЙ И ПРИВЯЗАННОСТИ В ДИАДЕ  
«МАТЬ–РЕБЕНОК С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ»**

*Коробкова М.М., Павлей Л.В.*

Ярославский государственный медицинский университет (Ярославль)

**Введение.** Главным условием полноценного и гармоничного развития ребенка является обеспечение удовлетворения его базовых эмоциональных и физиологических потребностей близкими взрослыми. Особенности взаимодействия ребенка с матерью оказывают свое влияние как на протяжении периода детства, так и во взрослой жизни.

**Материалы и методы.** Опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой (методика ОДРЭВ); Оценка «социальной компетентности» (Э. Долл); Проективная методика Н. Каплан для определения особенностей эмоциональной привязанности ребенка к матери; Методика «Семейные эмоциональные коммуникации» А.Б. Холмогоровой. Статистические методы: U-критерий Манна–Уитни, корреляционный анализ.

**Результаты.** В исследовании приняли участие 62 человека (15 диад «мать–ребенок с аллергическим заболеванием» и 16 диад «мать–условно здоровый ребенок»). Дети в возрасте 3-7 лет.

Получены достоверные различия по результатам методики Н. Каплан ( $p \leq 0,001$ ). У детей с аллергическим заболеванием преобладает тревожно-избегающий тип привязанности к матери. В контрольной группе преобладает надежный тип привязанности к матери. Стоит отметить, что социальный возраст у детей с тревожно-избегающим типом привязанности выше фактического возраста, при этом у детей с надежным типом привязанности социальный возраст ниже фактического.

Также были обнаружены значимые различия по результатам методики ОДРЭВ ( $p \leq 0,01$ ). Матери, чьи дети имеют аллергическое заболевание, склонны к более сильной эмоциональной отдаче и поддержке, что в свою очередь может быть объяснено наличием заболевания у детей.

Достоверные различия обнаружены по результатам методики «Семейные эмоциональные коммуникации» А.Б. Холмогоровой ( $p \leq 0,01$ ). Для основной группы не характерно преобладание показателей по шкале «Внешнее благополучие», что говорит об отсутствии стремления скрыть проблемы за внешним фасадом семьи, казаться лучше в глазах окружающих, быть для других примером, не показывать слабые стороны семьи.

После проведения корреляционного анализа данных по методикам «Семейные эмоциональные коммуникации» А.Б. Холмогоровой и опросника эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой были получены следующие значимые взаимосвязи ( $p \leq 0,05$ ;  $p \leq 0,01$ ):

1. При усилении запрета на выражение эмоций ухудшается эмоциональный фон взаимодействия матери и ребенка.

2. Чем ниже оказание эмоциональной поддержки матери по отношению к ребенку, тем сильнее желание скрыть проблемы за внешним благополучием семьи.

3. При воспитании ребенка в духе очень высоких стандартов и стремления к совершенству снижается эмоциональный фон взаимодействия матери и ребенка.

4. Чем сильнее желание скрыть проблемы за внешним благополучием семьи, тем большее отрицательное воздействие оказывается на эмоциональное состояние ребенка.

5. Чем больше внимания матери уделяют внешнему благополучию семьи, тем выше их умение оказывать влияние на эмоциональное состояние ребенка.

6. При высокой включенности матери в жизнь ребенка оказывается сильное воздействие на его состояние.

7. Чем лучше матери контролируют эмоции детей, тем выше их способность понимать причины состояния ребенка.

В результате исследования представляется возможным выделить особенности эмоционального отношения матерей к детям дошкольного возраста, имеющим аллергическое заболевание:

- безусловная любовь к своему ребенку;
- ориентация на чувства и состояние ребенка;
- по сравнению с матерями условно здоровых детей они сильнее оказывают эмоциональную поддержку своему ребенку;
- у матерей снижено желание телесного контакта со своим ребенком;
- матери излишне озабочены состоянием своего ребенка;
- поведение матерей способствует повышению тревоги внутри семьи;
- наблюдается повышенный показатель семейной дисфункции;

Чертой взаимодействия матери и ребенка с аллергическим заболеванием является запрет на выражение чувств, преимущественно негативных.

**Заключение.** В результате исследования были получены особенности взаимоотношений, выявлен повышенный уровень семейных дисфункций в диаде «мать–ребенок с аллергическим заболеванием». Был выделен доминирующий тип привязанности ребенка с аллергией – тревожно-избегающий. Также определено, что тип привязанности оказывает влияние на социальную компетентность ребенка.

**Ключевые слова:** привязанность, аллергия, эмоциональные отношения в семье, социальная компетентность, дошкольный возраст.

## INVESTIGATION OF THE FEATURES OF RELATIONSHIPS AND ATTACHMENT IN THE MOTHER-CHILD DYAD IN PRESCHOOLERS WITH ALLERGIC DISEASES

*Korobkova M.M., Pavley L.V.*

Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl)

**Keywords:** attachment, allergies, emotional relationships in the family, social competence, preschool age.

### **Сведения об авторах:**

Коробкова Мария Михайловна, студентка 5 курса факультета клинической психологии и социальной работы Ярославского государственного медицинского университета (Ярославль), [korobkova.maria@yandex.ru](mailto:korobkova.maria@yandex.ru).

Павлей Любовь Вадимовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Ярославского государственного медицинского университета (Ярославль), [siam\\_1@mail.ru](mailto:siam_1@mail.ru).

## ЗДОРОВОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СТРУКТУРЕ СТЕРЕОТИПНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СТАРЕНИИ

*Крупина К. М., Петраш М. Д.*

Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

**Введение.** Социально-демографическая ситуация, характеризующаяся постарением населения, обуславливает необходимость разработки способов улучшения качества жизни в период старения. Определяющую роль для качества жизни может иметь представление о старении, которое в свою очередь связано со стереотипами о здоровье в контексте старения (т.е. приписывание изменений в здоровье исключительно старению). Ученые, занимающиеся проблемой старения, отмечают взаимосвязь такого рода стереотипов с ухудшением физического функционирования через интернализацию стереотипных убеждений, т.е. могут выступать факторами риска (Robertson et al., 2015). Осознанный образ жизни (ОЖ) предполагает планирование жизненного пути, принятие ответственности за свою жизнь и способствует тому, чтобы человек задумывался о том, каким образом повлияет его текущее поведение на благополучие в будущем. В связи с этим ОЖ может способствовать улучшению качества жизни взрослого человека и здоровому старению в будущем.

**Цель исследования:** изучение подхода к образу жизни и его параметров в структуре стереотипов о старении, связанных со здоровьем.

Гипотеза: осознанный подход к образу жизни способствует пониманию того, что изменения в состоянии здоровья могут быть обусловлены не только старением, но и другими факторами, через включение в образ жизни компонентов, способствующих здоровому старению.

**Материалы и методы.** Выборка составила 139 человек в возрасте 45-68 лет, из них мужчин – 23,7 %, женщин – 76,3 %.

Методы: опросник The Ageing Perceptions Questionnaire (APQ) (Barker et al., 2007); анкета «Здоровое старение».

Методы математической статистики: факторный анализ; структурное моделирование «модели пути».

**Результаты.** Факторный анализ позволил выделить из 17 возможных изменений здоровья в контексте старения, представленных в опроснике APQ, 4 фактора: соматические проблемы; проблемы, связанные с передвижением; проблемы опорно-двигательного аппарата; фактор тревожность.

Подход моделирования структурными уравнениями (SEM) обнаружил влияние параметра «подход к образу жизни» на «хронические заболевания». Отсутствие хронических заболеваний обеспечивается культурой питания (диетой). Далее данный механизм способствует улучшению сна и включению в образ жизнедеятельности, стимулирующей психику, что снижает детерминирующую роль старения в части проблем опорно-двигательного аппарата (ОДА), но не снижает стереотип-зависимой связи между старением и тревожностью.

Отсутствие хронических заболеваний способствует пониманию связи проблем с опорно-двигательным аппаратом и старения, но не исключает других факторов. Понимание взаимосвязи между старением и изменениями ОДА способствует стереотипизации как соматических проблем, так и проблем ОДА непосредственно. При этом устойчивость, проявляющаяся в равновесии и отсутствии падений, усиливает стереотипизацию соматических проблем, что также повышает детерминирующую роль старения в части ОДА.

Таким образом, при более осознанном походе к образу жизни в его структуру включаются параметры, укрепляющие здоровье и способствующие пониманию связи между некоторыми изменениями здоровья со старением. Однако отсутствие проблем со здоровьем и устойчивостью не исключает стереотип-зависимой связи между здоровьем и старением. Критерии полученной модели находятся в допустимых пределах ( $\chi^2=34,069$ ;  $df=36$ ;  $p=0,561$ ;  $CFI=1,000$ ;  $GFI=0,985$ ;  $RMSEA=0,000$ ;  $PCLOSE=0,915$ ).

**Заключение.** Результаты исследования свидетельствуют о необходимости коррекции стереотипных убеждений о старении в контексте здоровья посредством повышения осознанности образа жизни, под которым мы подразумеваем понимание ответственности за свою жизнь и планирование собственного будущего таким образом, чтобы компоненты, включенные в структуру образа жизни, способствовали улучшению качества жизни и здоровому старению в будущем. Полученные результаты могут быть использованы в разработке программ для взрослого населения с целью коррекции стереотипных убеждений о старении в контексте здоровья через повышение осознанности и изменения структуры образа жизни.

**Ключевые слова:** стереотипы о старении в контексте здоровья, представление о старении, осознанный подход к образу жизни, качество жизни

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект № 22-28-00869.

## HEALTHY FUNCTIONING OF AN ADULT IN THE STRUCTURE OF STEREOTYPICAL REPRESENTATION OF AGING

*Krupina K.M., Petrash M.D.*

St. Petersburg State University (St. Petersburg)

**Keywords:** stereotypes about aging in the context of health, representation of aging, awareness approach to lifestyle, quality of life.

**Сведения об авторах:**

Крупина Кристина Михайловна, аспирант, инженер-исследователь, кафедра психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, st096533@student.spbu.ru.

Петраш Марина Дмитриевна, кандидат психологических наук, доцент, кафедра психологии развития и дифференциальной психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, m.petrash@spbu.ru.

**СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ  
СО СКЛОННОСТЬЮ К САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ**

*Курдияшко В.С., Скиртач И.А.*

Академия психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону)

**Введение.** Селфхарм, или намеренное самоповреждающее поведение, представляет собой осознанное нанесение себе мелких множественных порезов, иногда ожогов на участках тела, прикрытых одеждой (на руках, бедрах, животе) с целью облегчения эмоционального состояния, не имея прямого намерения нанесения увечий несовместимых с жизнью. Большинство авторов сходится на том, что самоповреждающее поведение связано с несформированностью и ригидностью стратегий регуляции эмоций. Согласно медицинской классификации, селфхарм не является самостоятельным заболеванием, но может стать симптомом различных психических расстройств. Не менее половины всех молодых людей, умирающих в результате самоубийства, ранее причиняли себе вред (Knipe et al., 2022). Распространенность самоповреждающего поведения тесно связана с возрастом, и наиболее уязвимым является подростковый период (Ткаченко, Заика, 2021).

**Цель исследования:** изучение степени выраженности самоповреждающего поведения у подростков в возрасте 16-18 лет, оценка связи склонности к самоповреждению с проявлениями девиантного поведения и повышенной тревожностью.

**Материалы и методы.** Выборку составили 59 испытуемых, возраст 16-18 лет. Методики исследования: «Опросник суицидального риска модификация» (Т.Н. Разуваевой), «Шкала причин самоповреждающего поведения» (Н.А. Польской), «Методика на выявление личностной и ситуативной тревожности» (Ч.Д. Спилбергера).

**Результаты.** В результате исследования с помощью опросника суицидального риска (ОСР) выявлено, что показатели суицидального риска выражены в основном на среднем и высоком уровне. Подростки страдают от несостоятельности – 98 % (58 чел.), социального пессимизма – 100 % (59 чел.), повышенной аффективности – 100 % (59 чел.) и находят тему суицидов интересной как в книгах, так и в фильмах – 95 % (57 чел.).

Соматические самоповреждения действительно отмечаются подростками как более частые акты самоповреждения (оценивали от одного раза до часто) – 69,3 %, чем инструментальные самоповреждения – 50,4 %. Инструментальные повреждения никогда не использовали 49,6 % подростков, соматические самоповреждения никогда не использовали 30,7%.

У подростков в данной выборке высокая как ситуативная (39 %), так и личностная (42 %) тревожность. Такие подростки находятся в интенсивных переживаниях, беспокой-

ствах, чувствуют себя неуверенно и потерянно. У респондентов повышенное напряжение, беспокойство, присутствует нервозность.

Также нами была выявлена статистически значимая положительная корреляция между личностной тревожностью и инструментальным самоповреждением ( $r=0,350$ ,  $p\leq 0,005$ ); ситуативной тревожностью и инструментальным самоповреждением ( $r=0,395$ ,  $p\leq 0,005$ ).

Присутствует статистически значимая положительная корреляция между ситуативной тревожностью и актом самоповреждения для восстановления контроля над эмоциями ( $r=0,386$ ,  $p\leq 0,005$ ); воздействия на других ( $r=0,442$ ,  $p\leq 0,005$ ); избавления от напряжения ( $r=0,416$ ,  $p\leq 0,005$ ); изменения себя и поиска нового опыта ( $r=0,351$ ,  $p\leq 0,005$ ). Данные акты аутоагрессии используются подростками в моменты беспокойства, неуверенности, либо из-за стрессогенной ситуации.

Была получена значимая положительная корреляция между ситуативной тревожностью и демонстративностью ( $r=0,515$ ,  $p\leq 0,005$ ), аффективностью ( $r=0,342$ ,  $p\leq 0,005$ ), уникальностью ( $r=0,534$ ,  $p\leq 0,005$ ), несостоятельностью ( $r=0,603$ ,  $p\leq 0,005$ ), социальным пессимизмом ( $r=0,449$ ,  $p\leq 0,005$ ), временными перспективами ( $r=0,644$ ,  $p\leq 0,005$ ) и антисуицидальным фактором ( $r=0,523$ ,  $p\leq 0,005$ ).

Положительная корреляция была обнаружена между личностной тревожностью и демонстративностью ( $r=0,484$ ,  $p\leq 0,005$ ), аффективностью ( $r=0,427$ ,  $p\leq 0,005$ ), уникальностью ( $r=0,555$ ,  $p\leq 0,005$ ), несостоятельностью ( $r=0,594$ ,  $p\leq 0,005$ ), социальным пессимизмом ( $r=0,335$ ,  $p\leq 0,005$ ), временными перспективами ( $r=0,666$ ,  $p\leq 0,005$ ) и антисуицидальным фактором ( $r=0,619$ ,  $p\leq 0,005$ ).

**Заключение.** Таким образом, можно сказать, что ситуативная и личностная тревожность связаны с самоповреждающим поведением, направленным на преодоление трудностей, эмоций гнева и возвращения себе контроля над состоянием. В случае если в дальнейшем последует компенсация дезадаптивных проявлений, сформируется критическое отношение к своим действиям, то можно говорить о высокой вероятности хорошей социальной адаптацией, сохранении психологического благополучия и формировании активной жизненной позиции. Однако это требует дальнейшего изучения психологических предикторов самоповреждающего поведения и выявления механизмов компенсации.

**Ключевые слова:** саморазрушающее поведение, самоповреждение, аутоагрессия, суицид, подростки.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH SELF-HARMING BEHAVIOR

*Skirtach I. A., Kurdiyashko V.S.*

Academy of Psychology and Pedagogy, Southern Federal University (Rostov-on-Don)

**Keywords:** self-destructive behavior, self-harm, auto-aggression, suicide, adolescents

### **Сведения об авторах:**

Курдияшко Владислава Сергеевна, студент кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [kurdiiashko@sfedu.ru](mailto:kurdiiashko@sfedu.ru).

Скиртач Ирина Анатольевна, к.психол.н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии Академии психологии и педагогики Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [iskirtach@sfedu.ru](mailto:iskirtach@sfedu.ru).

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ У МЕДИЦИНСКИХ СОТРУДНИКОВ СРЕДНЕГО И ВЫСШЕГО ЗВЕНА

*Кучмезова А.А-А.*

Южный федеральный университет (Ростов-на-Дону)

**Введение.** Эмоциональное выгорание медицинских работников является актуальной проблемой в системе здравоохранения России. Понятие «синдром выгорания» ввёл немецкий ученый Х. Фрейнденберг в 1974 г. для определения здоровых людей, находящихся в интенсивном общении с клиентами в эмоционально-загруженной атмосфере организации (Овдей, 2010). К. Маслач определила «синдром выгорания» как физическое и эмоциональное истощение, включающее развитие отрицательной самооценки, негативного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам (Маслач, 2004).

Эмоциональное выгорание и неудовлетворенность работой могут оказывать негативное влияние на поведение медицинских работников. Когда медицинские работники испытывают стресс, усталость и разочарованность в своей работе, то это приводит к ухудшению качества оказываемой помощи пациентам, что может проявляться в снижении профессиональной ответственности, рассеянном внимании, негативной коммуникации с пациентами и коллегами.

Поэтому важно проводить мероприятия по профилактике эмоционального выгорания среди медицинских работников, а также создать необходимые условия для повышения уровня удовлетворенности работой. Это поможет снизить риск возникновения нарушений поведения и улучшить качество медицинской помощи.

**Цель исследования:** изучить эмоциональное выгорание и уровень удовлетворенности работой у медицинских работников, занимающих разные должности.

**Предмет исследования:** эмоциональное выгорание и удовлетворенность работой у медицинских сотрудников.

**Объект исследования:** 120 медицинских работников.

**Гипотезы исследования:**

- 1) может иметь место связь между показателями эмоционального выгорания и уровня удовлетворенностью работой у медицинского персонала;
- 2) могут иметь место различия в эмоциональном выгорании у работников, занимающих разные должности;
- 3) может иметь место связь между показателями эмоционального выгорания и возрастом респондентов.

**Материалы и методы.** Для оценки эмоционального выгорания использовалась методика Диагностика профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой).

Для оценки уровня удовлетворенностью работой использовалась методика «Опросник удовлетворенности работой» (JSS, Спектор).

При анализе полученных результатов применялась статистическая обработка данных (критерий Шапиро–Уилка, Т-критерий Стьюдента, корреляционный анализ).

Математическая обработка данных проводилась в программе JASP.

**Результаты.** Для проведения исследования была сформирована группа испытуемых, в количестве 120 человек. Мужчины и женщины в возрасте от 22 до 77 лет, трудоустроенные в частных и государственных медицинских учреждениях. Медицинские учреждения, в которых были трудоустроены респонденты, имели следующее распределение: 92 сотрудника – первичное медико-санитарное учреждение (поликлиника, амбулатория, ФАП, клиничко-диагностическая лаборатория); 16 сотрудников – специализированное (стационар) учреждение, 12 сотрудников – другие медицинские учреждения. Среди респондентов 63 медицинских работника высшего звена (врачи) и 57 медицинских работников среднего звена (медицинские сестры, фельдшеры).

С помощью критерия Шапиро–Уилка для определения нормальности распределения выборки по методикам «Диагностика профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой); «Опросник удовлетворенности работой» (JSS, Спектор) было установлено нормальное распределение выборки.

В дальнейшем был применен параметрический Т-критерий Стьюдента, с помощью которого мы определили, что существуют значимые различия в уровне эмоционального выгорания у медицинских работников, занимаемых разные должности. Существуют достоверные различия у медицинских работников среднего и высшего звена по методике «Диагностика профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н. Е. Водопьяновой)» ( $p=0,002$ ). Согласно полученным результатам уровень эмоционального выгорания у медицинских сотрудников высшего звена (врачи) выше, чем у сотрудников среднего звена (медицинские сестры, фельдшеры).

В ходе дальнейшего исследования был применен корреляционный анализ Спирмена и выявлены связи между методиками «Диагностика профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой)» и «Опросник удовлетворенности работой» (JSS, Спектор) ( $r_h=-0,656$ ) ( $p<.001$ ). Согласно полученным результатам мы наблюдаем обратную корреляцию между уровнем эмоционального выгорания и уровнем удовлетворенностью работой у медицинских работников среднего и высшего звена, т.е. чем выше уровень эмоционального выгорания, тем ниже уровень удовлетворенности работой, и наоборот. Это может означать, что медицинские сотрудники, которые испытывают сильное эмоциональное выгорание, чувствуют себя менее удовлетворенными своей работой, что в свою очередь может привести к снижению мотивации, профессиональному выгоранию, ухудшению качества медицинской помощи, которую они оказывают пациентам.

Также при применении корреляционного анализа Спирмена были получены значимые результаты при сравнении методики «Диагностика профессионального «выгорания» (К. Маслач, С. Джексон, в адаптации Н.Е. Водопьяновой)» и возраста респондентов ( $r_h=-0,244$ ) ( $p=0,007$ ).

По результатам корреляционного анализа можно наблюдать обратную корреляцию между уровнем эмоционального выгорания и возрастом респондентов. Это означает, что чем старше медицинский работник, тем меньше вероятность того, что он испытывает высокий уровень эмоционального выгорания. Это может быть связано с тем, что с возрастом медицинский персонал развивает большую эмоциональную стабильность, стрессоустойчивость,

лучше умеет управлять своими эмоциями и стрессом, а также имеет большой опыт работы с различными ситуациями, которые могут вызывать выгорание.

**Заключение.** Эмоциональное выгорание среди медицинских работников – это серьезная проблема, которая может оказывать значительное влияние на качество работы, физическое и эмоциональное состояние. Постоянный стресс, перегрузка работой, нехватка времени на отдых и личную жизнь – все это может привести к выгоранию и истощению ресурсов у врачей, медицинских сестер, фельдшеров.

Так, в ходе исследования была выявлена обратная корреляция между уровнем эмоционального выгорания и удовлетворенностью работой у медицинских работников, т.е. чем выше уровень эмоционального выгорания, тем ниже уровень удовлетворенностью работой. Согласно исследованиям, проведенным в 2023 году на базе Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко в Москве, были выявлены результаты, схожие с результатами нашего исследования, однако условия проведения и выборки исследования имели ряд отличий (Русских, 2023).

Также были отмечены достоверные различия при сравнении показателей эмоционального выгорания и должностей медицинских работников. Согласно результатам был сделан вывод, что медицинские работники высшего звена в большей степени подвержены эмоциональному выгоранию, чем медицинские работники среднего звена. Согласно исследованиям, проведенным в 2023 году на базе Сургутского государственного университета, были обнаружены схожие результаты в уровне эмоционального выгорания врачей и медицинских сестер (Шумилов, 2023).

В ходе исследования была отмечена обратная корреляция между уровнем эмоционального выгорания и возрастом респондентов, что говорит о том, что у молодых медицинских работников уровень выгорания намного выше, чем у медицинских работников старшего возраста. Данные выводы подтверждаются отчетом о выгорании, депрессии и самоубийстве Национального врача Medscape за 2018 год, в котором было выявлено, что уровень выгорания коррелирует с возрастом: 35 % в молодой группе и до 50 % врачей в возрасте от 45 до 54 лет. Затем он снижается до 41 % в возрасте от 55 до 70 лет (Peckham, 2018).

Стоит отметить, что на уровень эмоционального выгорания медицинских сотрудников могут также в значительной мере влиять личностные особенности, материальное благополучие, взаимоотношения в семье.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, удовлетворенность работой, медицинские работники.

## FEATURES OF EMOTIONAL BURNOUT AND THE LEVEL OF JOB SATISFACTION AMONG MIDDLE AND SENIOR MEDICAL STAFF

*Kuchmezova A.A.-A.*

Southern Federal University (Rostov-on-Don)

**Keywords:** emotional burnout, job satisfaction, medical workers.

### **Сведения об авторе:**

Кучмезова Альфия Азрет-Алиевна, студентка кафедры клинической психологии и психофизиологии, Южного федерального университета (Ростов-на-Дону), [kuchmezova@sfnu.ru](mailto:kuchmezova@sfnu.ru).

## ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ГОРЮЩИХ КАК ПРЕДИКТОРЫ МЕТОДОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

*Логинов С.А., Гуткевич Е.В.*

Национальный исследовательский Томский государственный университет,  
Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН,  
НИИ психического здоровья (Томск)

**Введение.** Процесс горевания рассматривается современным научным сообществом как один из наиболее сложных жизненных потрясений человека. Сложность переживания утраты определяется влиянием горевания на физическое, психическое здоровье человека, а также на взаимоотношение с окружающими людьми. Зачастую горевание является продолжительным процессом, требуя от горющего переработку и преодоление интенсивных эмоциональных переживаний, таких как вина, страх, растерянность и другие (Козырева В.В., Николаева О.Ю., 2023).

На сегодняшний день существуют концепции, отражающие стадии и общие паттерны проживания горевания. Так, немецко-американский психиатр Эрих Линдемман описывает физические и психологические симптомы острого горя, такие как нарушение дыхания и физическое истощение. К психологическим симптомам горя автор относит высокий уровень тревожности, всеобъемлющую тоску и чувство вины (Экман П., 2021). Описывая критерии нормативного горевания, В.В. Отрадинская утверждает, что процесс горевания может продолжаться от трех месяцев до двух лет (Отрадинская В.В., 2009). Ф.Е. Василюк в работе «Пережить горе» выделяет пять стадий процесса горевания, проживания утраты: шок и оцепенение, поиск, острое горе, фаза «остаточных толчков и реорганизации» и завершение (Василюк Ф.Е., 2007). В целом характер переживания горевания обусловлен множеством факторов, включая образ мира личности (Кононова А.И., Костромина С.Н., 2023), индивидуальные черты личности, темперамент, контекстуальные особенности утраты и т.д.

Несмотря на наличие общих представлений о характере и динамике переживания горевания, особенности процесса горевания имеют индивидуальные различия. Предполагается, что индивидуальные особенности эмоциональных переживаний горющими оказывают влияние на специфику оказания им психологической помощи.

**Материалы и методы.** Нами были рассмотрены отечественные и зарубежные источники, посвященные процессу горевания. Были рассмотрены публикации на русском и английском языках. Поиск производился в апреле 2024 года с помощью онлайн-баз данных Google Scholar, eLibrary и Science Direct. Поисковые запросы включали ключевые фразы: «горевание», «психологическая помощь при утрате» и другие, а также их аналоги на английском языке.

**Результаты.** М. Stroebe, Н. Schut, К. Voerner рассматривают стадии горевания, предупреждая медицинских работников об ограниченности данной концепции в оказании психологической помощи горющим. Авторы подчеркивают важность эмоциональных аспектов в процессе горевания и предлагают более гибкий подход к поддержке горющих (Stroebe M. et al., 2017). G.A. Bonanno и S. Kaltman представляют различные эмоциональные факторы, влияющие на процесс переживания утраты. Авторы подчеркивают необходимость учета индивидуальных особенностей и контекста для эффективной поддержки горющих

(Bonanno G.A., Kaltman S., 1999). R.A. Neimeyer, D.C. Sands описывают процесс реконструкции смысла в горе и выделяют эмоциональные предикторы, оказывающие влияние на данный процесс (Neimeyer R.A. et al., 2011). Горевание как смыслообразующая деятельность рассматривается также Д. Кесслером в книге «Поиск смысла. Заключительная стадия горевания, которая поможет пережить потерю и начать двигаться». Завершение горевания определяется автором как осмысление горющим потери близких отношений, а также реализация этого смысла в текущих межличностных отношениях, а смыслообразующая деятельность как индивидуально-личностный процесс человека, переживающего утрату, как опыт личного потрясения (Кесслер Д., 2023). В исследовании С.G. Davis с соавт. показана связь поиска смысла утраты горюющим и эмоциональными реакциями на утрату. Авторы приходят к выводу о важности получения горющими эмоциональной поддержки со стороны близкого окружения. Особенности эмоциональных реакций на утрату рассматриваются как предикторы осмысления утраты (Davis C.G. et al., 2000).

**Заключение.** Таким образом, концепции, отражающие общие закономерности процесса горевания, играют значительную роль в планировании психологической помощи горюющим. При этом подчеркивается важность учета эмоциональных предикторов для эффективной поддержки горюющих. Индивидуально-личностные особенности горевания, включая эмоциональные реакции, образ мира, индивидуальные черты личности, темперамент, контекстуальные особенности утраты, поиск личного смысла в утрате, являются основаниями для оказания комплексной психологической помощи горюющим.

**Ключевые слова:** горевание, психологическая помощь, смыслообразующая деятельность, индивидуально-личностные особенности, эмоциональные предикторы.

## INDIVIDUAL FEATURES OF EMOTIONAL EXPERIENCES OF THE GRIEVING AS PREDICTORS OF METHODS OF PROVIDING PSYCHOLOGICAL CARE

*Loginov S.A., Gutkevich E.V.*

National Research Tomsk State University,  
Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences,  
Research Institute of Mental Health (Tomsk)

**Keywords:** grief, psychological help, meaning-making activity, individual personality characteristics, emotional predictors.

### **Сведения об авторах:**

Логинов Семен Андреевич, аспирант кафедры генетической и клинической психологии Томского государственного университета (Томск), [simonloginov1995@gmail.com](mailto:simonloginov1995@gmail.com).

Гуткевич Елена Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Томский государственный университет, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья (Томск), [gutkevichelena@gmail.com](mailto:gutkevichelena@gmail.com).

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Мамедова Л.Г., Логинова И.О.*

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск)

**Введение.** Сердечно-сосудистые заболевания в наше время являются основной причиной смертности. С каждым годом заболеваемость сердечно-сосудистой патологией стремительно набирает обороты. На сегодняшний день наблюдается положительная динамика в использовании современных методов кардиологической реабилитации пациентов, однако вопрос о психологических особенностях кардиологических пациентов остаётся актуальным, поскольку внутренние психологические резервы оказывают существенное влияние на характер лечения и его конечный результат.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из наиболее распространенных и серьезных заболеваний среди всех сердечно-сосудистых недугов. Детерминантой возникновения ИБС является постоянный стресс и тревога. Известно, что стресс является ключевым фактором, способным усугубить симптомы ИБС, а также привести к развитию других заболеваний, таких как депрессия или тревожные расстройства. Пациенты ощущают постоянный страх по поводу будущих сердечных приступов, их последствий, которые могут повлечь за собой социальную изоляцию и снижение качества жизни (Корельская и др., 2021).

Актуальность данной работы обусловлена тем, что внутренняя картина болезни оказывает существенное влияние на течение и исход заболевания, а также на приверженность к лечению и его конечный результат. Изучение психологических особенностей пациентов способствует выявлению личностных ресурсов, помогающих успешно преодолеть болезнь и её последствия (Великанов, Лисакова, 2021).

**Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 26 пациентов с ИБС (50 % мужчины, 50 % женщины), находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении Красноярской межрайонной клинической больницы скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича. Средний возраст пациентов – 57 лет. Участники исследования были разделены на две группы в зависимости от пола: первая группа – 13 мужчин, вторая – 13 женщин. В исследовании были использованы методы: опросник «Тип отношения к болезни», Госпитальная шкала депрессии и тревоги, Торонтская шкала алекситимии.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что у пациентов с ИБС в зависимости от половой принадлежности имеются различия в типах отношения к собственному заболеванию. Так, сравнительный анализ типов отношения к болезни у мужчин и женщин позволил выявить доминирование неадаптивных типов отношения к болезни у мужчин, в то время как 60 % опрошенных женщин имеют типы отношения болезни, относящиеся к условно-адаптивному блоку. У мужчин были выявлены в равной степени ипохондрический и тревожный тип отношения к болезни (по 40 %). У большей части женщин был выявлен тревожный тип отношения к болезни (31 %), а также гармоничный и анозогнозический (по 23 %). Исследование уровня депрессии показало, что ей подвержены преимущественно мужчины (65 %). Показатели повышенной тревожности также преобладают у мужчин (53 %). Анализ результатов уровня алекситимии показал, что у мужчин отмечается в основном низкий (38 %) и средний (39 %) уровень алекситимии, в то время как у женщин преобладает низкий уровень алекситимии (54 %).

**Заключение.** Результаты исследования подтвердили гипотезу о существовании различий в отношении к собственному заболеванию в зависимости от гендера. Результаты исследования подтверждают необходимость разработки новых программ психологической коррекции и психологического сопровождения пациентов кардиологического профиля, что позволит повысить эффективность проводимого лечения. На основании полученных результатов была разработана программа психологической коррекции типа отношения к болезни в рамках когнитивно-поведенческого подхода, которая позволит выявить и корректировать иррациональные убеждения пациентов касательно своего заболевания и процесса лечения, повысить мотивацию к лечению, а также провести психологическую коррекцию эмоциональной сферы в целом.

**Ключевые слова:** психологические особенности, ишемическая болезнь сердца, кардиореабилитация, болезнь, отношение к болезни, тип отношения к болезни, алекситимия, агрессия, депрессия, тревога, когнитивно-поведенческая терапия.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

*Mamedova L.G., Loginova I.O.*

Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

**Keywords:** psychological characteristics, coronary heart disease, cardiorehabilitation, disease, attitude to disease, type of attitude to disease, alexithymia, aggression, depression, anxiety, cognitive behavioral therapy.

### **Сведения об авторах:**

Мамедова Лейла Гидаятовна, студент 5 курса специальности «Клиническая психология» Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (Красноярск), [leylamamedova.2001@mail.ru](mailto:leylamamedova.2001@mail.ru).

Логинова Ирина Олеговна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и педагогики с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск).

## ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОСТИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Майер П.А., Исаева Е.Р., Браженко О.Н.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Туберкулез как социально значимое заболевание остается одной из актуальных проблем современной медицинской науки. Значимость этой проблемы обусловлена не только высокой смертностью и эпидемической угрозой, но и изменениями, происходящими в социально-экономической сфере общества. Современный ритм жизни и стремление людей к постоянному улучшению своего материального благосостояния не всегда сочетаются

с условиями, необходимыми для успешного лечения пациентов, а в некоторых случаях даже противоречат им. Одним из таких условий является необходимость комплаентности больного в отношении медицинской помощи. На сегодняшний день психодиагностические методы определения комплаентности и приверженности лечению больного довольно редко используются во фтизиатрической практике. Своевременная психодиагностика, как на этапе постановки диагноза, так и в процессе лечения, способна раскрыть сведения о приверженности лечению, личностных особенностях и способах реагирования больного, а также данные сведения могут иметь определенную прогностическую ценность. Ориентируясь на них, врач-фтизиатр сможет сформировать объективную индивидуализированную программу медицинской помощи с учетом психологических потребностей и особенностей больного.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 94 пациента в возрасте от 18 до 67 лет с впервые установленным диагнозом лекарственно-чувствительного (ЛЧ-ТБ) туберкулеза легких (МКБ-10: A15-A19), в начале интенсивной фазы лечения и старте химиотерапии, получающие лечение в дневном стационаре и амбулаторно на базе противотуберкулезного диспансера. Больные были разделены на две группы в зависимости от формы оказания медицинской помощи. В Группу 1 (n=47) вошли больные, получающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в Группу 2 (n=47) – больные, которые получали медицинскую помощь в условиях дневного стационара. Критерии исключения: отсутствие выраженных когнитивных нарушений (оценка производилась с помощью MoCA – Монреальская когнитивная шкала, включались пациенты со значением баллов >26). Для оценки психологических характеристик были использованы опросник «Уровень комплаентности», методика «Индикатор копинг-стратегий».

### **Результаты.**

1. Анализ средних значений по опроснику «Уровень комплаентности» показал, что больные в Группе 1 (Амбулаторно) демонстрируют высокий уровень общей комплаентности 95,7 % (45 чел.) с выраженным поведенческим компонентом комплаентности. В свою очередь больные в Группе 2 (Дневной стац.) также демонстрируют высокий уровень общей комплаентности 100 % (47 чел.) и достоверно ( $U=1617,0$ ;  $p \leq 0,001$ ) более высокий, чем в Группе 1, при этом у больных в данной группе достоверно ( $U=1703,4$ ;  $p \leq 0,001$ ) преобладает эмоциональный компонент. Это означает, что амбулаторные больные высоко привержены лечению и в большей степени, чем больные дневного стационара, ориентированы на механическое выполнение назначений лечащего врача, без их осмысления. Больные дневного стационара тоже высоко привержены лечению, но ориентированы на значимость фигуры врача.

2. Анализ средних значений по методике «Индикатор копинг-стратегий» показал, что у больных в Группе 1 (Амбулаторно) выражена стратегия разрешения проблем при низких значениях стратегии избегания. В Группе 2 (Дневной стац.) также выражена стратегия разрешения проблем и достоверно ( $U=1602,5$ ;  $p \leq 0,001$ ) более выражена, чем в Группе 1, при достоверно ( $U=405,0$ ;  $p \leq 0,001$ ) более низкой выраженности стратегии избегания. Это означает, что амбулаторные больные и больные дневного стационара склонны к выбору стратегии, направленной на разрешение проблемы, чем к стратегии поиска социальной поддержки или стратегии избегания. При этом к избеганию менее склонны больные дневного стационара.

**Заключение.** Таким образом, по результатам проведенной психодиагностики можно заключить, что больные с впервые выявленным лекарственно-чувствительным туберкулезом на старте химиотерапии, вне зависимости от формы оказания медицинской помощи, одина-

ково высоко привержены лечению и стремятся к разрешению имеющихся сложностей. При этом для больных дневного стационара фигура лечащего врача является доминантой в структуре их комплаентного поведения, а для больных, получающих медицинскую помощь амбулаторно, доминантой в структуре комплаентного поведения выступает исполнительность и целенаправленное следование врачебным рекомендациям. Кроме того, для больных дневного стационара в меньшей степени характерна стратегия избегания при возникновении проблемы при невозможности ее разрешения, чем для амбулаторных больных, т.е. они с меньшей вероятностью могут произвольно прервать назначенное им лечение.

**Ключевые слова:** приверженность, комплаентность, туберкулез, копинг-стратегия.

## FEATURES OF COMPLIANCE AND COPPING BEHAVIOR IN PATIENTS WITH DRUG-SENSITIVE TUBERCULOSIS DURING DIFFERENT FORMS OF MEDICAL CARE

*Maier P.A., Isaeva E.R., Brazhenko O.N.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (Saint Petersburg)

**Keywords:** adherence to treatment, compliance, tuberculosis, coping strategy.

### Сведения об авторах:

Майер Павел Александрович, медицинский психолог СПб ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер №14», аспирант кафедры общей и клинической психологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России (Санкт-Петербург), [Whitefield@inbox.ru](mailto:Whitefield@inbox.ru).

Исаева Елена Рудольфовна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России (Санкт-Петербург), [isajeva@yandex.ru](mailto:isajeva@yandex.ru).

Браженко Ольга Николаевна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России (Санкт-Петербург), [spbmbrazhenko@mail.ru](mailto:spbmbrazhenko@mail.ru).

## КОМПЛАЕНС И СЕМЕЙНЫЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

*Невинная Е.Д., Ипатова К.А.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Вопрос комплаенса и его связи с рисками для здоровья при заболеваниях сердечно-сосудистой системы стоит достаточно остро и представляет собой высокий научно-практический интерес (Лопатина Е.В., 2016; Марцевич С.Ю., 2018). В ряде современных исследований отмечается взаимосвязь особенностей поведения пациентов как субъектов лечебного процесса с исходами, результативностью лечения (Лукина Ю.В., 2017; Мещерина Н.С., 2021), поднимается вопрос комплексного участия ряда факторов (Арутюнов Г.П., 2010; Ермакова Н.Г., 2016), оказывающих влияние на пациента, в том числе его семейное окружение, соблюдение врачебных рекомендаций и оптимизация процесса восстановления.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в 2023-2024 гг. на базе клинического отделения ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова с участием 30 пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в возрасте от 40 до 80 лет, 19 мужчин и 11 женщин. Средний возраст составил  $71,3 \pm 8,4$  года. Методы исследования представлены анкетой клинико-психологического наблюдения, структурированным опросом семейного статуса, опросником количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Математический анализ проведен с применением методов описательной статистики, критерия U Манна–Уитни, сравнения средних.

**Результаты.** Особенности поведения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в лечебном процессе и их отношение к врачебным рекомендациям характеризуются в целом средней по уровню общей приверженностью лечебному процессу ( $51,6 \pm 14,5$ ), из которой наиболее высокими значениями представлена приверженность лекарственной терапии ( $60,1 \pm 17,3$ ), а в границах низкого уровня находится готовность к модификации образа жизни ( $38,6 \pm 16,1$ ).

При сравнении пациентов, имеющих поддержку семьи в лице супругов, детей, внуков, и ведущих одинокий образ жизни выявлены статистически значимые различия по следующим компонентам комплаенса: «приверженность лекарственной терапии» ( $U=24,5$ ,  $p \leq 0,05$ ), «готовность к модификации образа жизни» ( $U=36$ ,  $p \leq 0,05$ ), «интегративная приверженность лечению» ( $U=23,5$ ,  $p \leq 0,05$ ). Отмечается тенденция к более высоким показателям в отношении осознанного отношения к лечебному процессу у пациентов, имеющих опыт пребывания в медицинских учреждениях в связи с другими хроническими и острыми состояниями.

**Заключение.** У пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не наблюдается высокого уровня приверженности лечению, но вместе с тем выявляется достаточная готовность принимать назначаемые лекарства. Группу риска представляют пациенты, не имеющие поддержки в лице семьи и демонстрирующие более низкую готовность к соблюдению врачебных рекомендаций, направленных на поддержание собственного здоровья. Исследование показало, что следует уделить внимание изучению и разработке способов повышения осознанной коррекции собственных поведенческих привычек у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, показатели по которым находятся на низком уровне.

**Ключевые слова:** приверженность лечению, комплаенс, семейный статус, семейная поддержка, пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

## COMPLIANCE AND FAMILY STATUS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR SYSTEM DISEASES

*Nevinnaya E.D., Ipatova K.A.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (Saint Petersburg)

**Keywords:** treatment compliance, family status, family support, heart patients.

### **Сведения об авторах:**

Невинная Елизавета Дмитриевна, студент 5 курса Отделения клинической психологии лечебного факультета Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), elizaveta.nevinnaya@yandex.ru.

Ипатова Кира Александровна, ассистент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

## СОЦИАЛЬНЫЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ У ОРДИНАТОРОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ПОКОЛЕНИЯ МИЛЛЕНИУМА

*Попова А.А., Ситкина Е.В.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Профессия врача ориентирована, прежде всего, на человека и предполагает наличие оптимального уровня показателей социального и эмоционального интеллекта, а принадлежность будущего специалиста к тому или иному этапу развития общества, безусловно, является причиной тех или иных особенностей его эмоционального реагирования и социальных навыков.

Целью работы является изучение социального и эмоционального интеллекта у студентов медицинских вузов поколения Миллениума.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в 2023-2024 гг. на базе ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова среди ординаторов, проходящих обучение на базе кафедр университета. Экспериментальные группы состояли из 163 человек в возрасте от 23 до 38 лет, из них: 107 (65,6 %) женщин, средний возраст 25 лет; 56 (34,4%) мужчин, средний возраст 26 лет.

Методика «Направленность личности в общении, НЛО» (С.Л. Братченко), «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири), тест эмоционального интеллекта Холла, методика диагностики уровня невротизации Л.И. Вассермана, субтест «Понятливость» шкалы интеллекта Векслера (WAIS), тест на определение эмоций по микровыражениям (П. Экман).

**Результаты.** При сравнении типов отношения к окружающим у студентов мужского и женского пола были обнаружены статистически значимые различия по шкале «Эгоистический тип межличностных отношений» ( $p < 0,05$ ). В группе мужчин данный тип является преобладающим у 17,9 %, в то время как у женщин он встречается лишь у 12,5 %. Общей чертой двух групп является преобладание «Альтруистического» и «Дружелюбного» типа: среди мужчин – у 16 % и 17 %, среди женщин – у 18,8 % и 18,3 % соответственно.

В группе опрошенных женщин наиболее предпочтительной направленностью в общении является Альтероцентрическая (АЛ) – 28,1 % дали ответы, соответствующие данному типу. Среди мужчин-ординаторов наиболее предпочитаемыми являются Авторитарная (39,3 %) и Альтероцентрическая (25 %) направленности в общении.

Сравнение показателей эмоционального интеллекта у ординаторов мужского и женского пола показало статистически значимые различия по шкалам: «Управление эмоциями», «Самомотивация» и «Эмпатия» ( $p < 0,05$ ). В обеих группах шкала «Управления эмоциями» находится на низком уровне, в особенности среди женщин ( $0,28 \pm 6,50$ ). По шкале «Самомотивация» в группе женщин также наблюдается низкий уровень значений ( $6,40 \pm 6,06$ ). Среди мужчин низкие значения были выявлены по шкале «Эмпатия» ( $7,53 \pm 5,22$ ). Что касается Интегративного уровня эмоционального интеллекта, то здесь обе группы в среднем достигли также низкого уровня показателей.

При оценке уровня социального интеллекта было выявлено, что в среднем женщины обладают более высоким уровнем данного показателя, нежели мужчины.

При сравнении уровней невротизации у ординаторов поколения Миллениума мужского и женского пола были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ). В обеих группах, как среди мужчин, так и среди женщин, наблюдается средний уровень невротизации. При этом уровень невротизации в женской группе значимо выше ( $17,54 \pm 7,14$ ), чем в мужской ( $12,39 \pm 7,49$ ).

Согласно результатам корреляционного анализа были выявлены прямые положительные связи между интегративным уровнем эмоционального интеллекта и следующими компонентами эмоционального интеллекта: управление эмоциями ( $R=0,75$ ,  $p < 0,01$ ), эмоциональная осведомленность ( $R=0,65$ ,  $p < 0,01$ ), распознавание эмоций ( $R=0,73$ ,  $p < 0,01$ ), эмпатия ( $R=0,63$ ,  $p < 0,01$ ) и самомотивация ( $R=0,87$ ,  $p < 0,01$ ). Также была выявлена прямая отрицательная связь между интегративным уровнем эмоционального интеллекта и уровнем невротизации ( $R= -0,26$ ,  $p < 0,01$ ). Между уровнем невротизации, управлением эмоциями ( $R= -0,5$ ,  $p < 0,01$ ) и самомотивацией ( $R= -0,29$ ,  $p < 0,01$ ) также была выявлена отрицательная связь. Также были выявлены положительные связи между уровнем социального интеллекта и следующими компонентами эмоционального интеллекта: эмпатией ( $R=0,32$ ,  $p < 0,01$ ), эмоциональной осведомленностью ( $R=0,2$ ,  $p < 0,01$ ) и распознаванием эмоций ( $R=0,73$ ,  $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют о достаточно низком уровне эмоционального и среднем уровне социального интеллекта будущих врачей, что говорит о необходимости большей интеграции психологии в их обучение и самих специалистов-психологов в медицинские организации с целью развития навыков понимания эмоций пациентов и коммуникации с ними.

**Ключевые слова:** социальный интеллект, эмоциональный интеллект, ординаторы поколения Миллениума.

## SOCIAL AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN MEDICAL UNIVERSITY RESIDENTS OF THE MILLENNIUM GENERATION

*Popova A.A., Sitkina E.V.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (Saint Petersburg)

**Keywords:** social intelligence, emotional intelligence, Millennial generation residents.

### **Авторы:**

Попова Арина Андреевна, студент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [rina\\_lu@mail.ru](mailto:rina_lu@mail.ru).

Ситкина Евгения Владимировна, доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [sitkina\\_evgenya@mail.ru](mailto:sitkina_evgenya@mail.ru).

## ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО И МЕТАКОГНИТИВНОГО УРОВНЕЙ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

*Смерчинский С.В., Трегубенко И.А., Исаева Е.Р.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Актуальность исследований личностных расстройств (РЛ) связана с их высокой распространенностью в общей популяции – 10,6 % (Lenzenweger, 2008). Также актуальность изучения расстройств личности обуславливается выраженными трудностями в их коррекции и значительным негативным влиянием указанного расстройства на качество жизни пациентов (Вид В.Д., 1997). Согласно последним утвержденным клиническим рекомендациям особо важную роль в процессе лечения РЛ выполняют психокоррекционные и психотерапевтические интервенции. Изучение особенностей переработки и структурирования информации, степени рефлексивности (когнитивный и метакогнитивный уровни ментального опыта по М.А. Холодной) во взаимосвязи с дезадаптивными стратегиями восприятия себя и других в процессе межличностного взаимодействия (ранние дезадаптивные схемы по Дж. Янгу) может помочь выстроить эффективную психокоррекционную тактику в работе с пациентами с РЛ.

**Цель исследования:** выявить особенности когнитивного и метакогнитивного уровня ментального опыта у лиц с РЛ.

**Материалы и методы.** Использованы методы экспертных оценок, экспериментально-психологический («Формулировка проблем» М.А. Холодной, «Идеальный компьютер» М.А. Холодной, опросник YSQ-S3R (адаптация П.М. Касьяник, Е.В. Романовой), «Сравнение похожих рисунков» Дж. Кагана, «Тест апперцепции символов» (Нагибина Н.Л., Афанасьева А.П.)), статистический (U-критерий Манна–Уитни, кластерный анализ, коэффициент Гамма-корреляция). Общий объем выборки – 55 человек: экспериментальная группа (ЭГ) – пациенты со смешанным расстройством личности (F61; 33 человека), контрольная группа (КГ) – условно здоровые лица (22 человека).

**Результаты.** В отличие от контрольной группы пациенты с РЛ характеризуются большей когнитивной простотой, тенденцией к субъективизму и эгоцентризму, конкретности мышления и снижению его продуктивности ( $p < 0,05$ ). В структуре восприятия межличностных отношений в ЭГ (кластерный анализ РДС) выделены ведущие дезадаптивные паттерны: «Беспомощность» (эмоциональное отчуждение, стыдливость, покорность, неуспешность, импульсивность), «Социальное отчуждение» (недоверие, социальная изоляция, негативизм), «Социальная желательность» (покинутость, поиск одобрения, жертвенность, гиперконтроль, пунитивность), «инфантильный, грандиозный» (подавление эмоций, уязвимость, грандиозность, неразвитая идентичность). Выявленные дезадаптивные стратегии взаимосвязаны с особенностями ментального опыта лиц с РЛ: высокая «Социальная желательность» сопровождается снижением мотивационного репертуара ( $r = -0,47$ ), ведущий «инфантильный, грандиозный» кластер сочетается с большей конкретностью, оценочностью мышления ( $r = 0,32$ ), эгоцентризмом ( $r = -0,34$ ). Не подтверждено наличие большей импульсивности в принятии решений у пациентов с РЛ в сравнении с КГ.

**Заключение.** Лица с РЛ в сравнении с КГ характеризуются когнитивной простотой, конкретностью и субъективностью, что может говорить об их низкой готовности к восприя-

тию нового опыта. На данный момент не подтверждено наличие большей импульсивности в принятии решений у пациентов с РЛ в сравнении с КГ. Выявлены значимые взаимосвязи между особенностями ментального опыта и дезадаптивными схемами восприятия межличностных отношений у лиц с РЛ.

**Ключевые слова:** ментальный опыт, расстройство личности, особенности восприятия, ранние дезадаптивные схемы.

## FEATURES OF COGNITIVE AND METACOGNITIVE LEVELS IN INDIVIDUALS WITH PERSONALITY DISORDER

*Smerchinsky S.V., Tregubenko I.A., Isaeva E.R.*

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (Saint Petersburg)

**Keywords:** mental experience, personality disorder, features of perception, early maladaptive schemes.

### **Сведения об авторах:**

Смерчинский Станислав Вячеславович, аспирант кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова (Санкт-Петербург), [seifuujin@gmail.com](mailto:seifuujin@gmail.com).

Трегубенко Илья Александрович, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова (Санкт-Петербург).

Исаева Елена Рудольфовна, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

## ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ДИСКАЛЬКУЛИЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

*Тарасова Д.А.*

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН (Санкт-Петербург, Россия)

**Введение.** По разным данным, от 3 до 15 % школьников только в нашей стране имеют трудности обучения, явно не связанные с интеллектуальными нарушениями или грубым недоразвитием. Дети с дискалькулией составляют 3-6 % (т.е. около 1,5 млн детей). Эта пограничная категория детей, с одной стороны, выходит за пределы нормативной неравномерности, демонстрируя отдельные признаки отклоняющегося развития, но, с другой, не может быть отнесена и к патологии, поскольку указанные дети способны проявить достаточно хорошие адаптационные ресурсы и когнитивные способности во многих областях при их грамотном психолого-педагогическом сопровождении.

Однако в целом тема дискалькулии изучена недостаточно. Слабость разработки этой проблемы, предполагаем, может быть связана как со сложностью нейрокогнитивной организации навыка, так и с достаточно прозаичными причинами – возможностью использования детьми вычислительной техники, делением людей на «гуманитариев» и «технарей» и даже частыми апелляциями взрослых к тому, что математика в реальной жизни не нужна. Неофициальная статистика практикующих специалистов отражает, что запросы родителей чаще

всего связаны с проблемами чтения и письма, и достаточно редко – с математикой, даже если у ребенка они есть. Не вполне справедливо обходит тему расстройства математических навыков и дискалькулии и научное сообщество. Так, по запросам «math learning disability» и «dyscalculia» на портале «PubMed» обнаруживается в общей сложности чуть больше 1600 работ, в то время как, например, «dyslexia» представлена в более чем 11 000.

Актуальность любых исследований, способных продвинуть диагностику и коррекцию нарушений счёта и математических навыков, сложно переоценить. В нашем пилотном исследовании мы сравнивали особенности ФМА ГМ у детей с дискалькулией и в норме, предполагая, что они могут влиять на калькуляционные функции. При подготовке к исследованию мы также обратили внимание на отсутствие единого методического комплекта для диагностики дискалькулии.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 20 учеников 2-4-х классов общеобразовательных школ, из них 12 детей без нарушений, 8 – с дискалькулией. Критерий исключения – результаты IQ-теста (Прогрессивные матрицы Равена). В диагностике мы использовали нейропсихологические тесты, методики BRIEF и Number Knowledge Test, а также разработанные нами чек-листы для родителей и учителей и контрольные листы с математическими заданиями (соответствующие классу обучения и ФГОС).

#### **Результаты.**

1. Предпочтение разных стратегий переработки информации – аналитической или холистической – действительно влияло на способ решения задач:
  - a. Дети с аналитической стратегией быстрее подбирали алгоритм, выбирали наиболее простой и однозначный способ решения, легко записывали шаги и были более склонными к проверке результата.
  - b. Дети с холистической стратегией больше опирались на экспериментальные и наглядные действия, подбор стандартного алгоритма был дольше, сложнее было объяснить ход решения. Двое детей описывали, что они представляли, как переставляют книжки с полки на полку (задача) и перебирают варианты. Кому-то требовалось опираться на пальцы или на реальные предметы. Некоторые решали задачи даже быстрее, но не могли объяснить последовательность действий.
2. Соотношение «глаз-ухо-рука» не влияло на наличие трудностей.
3. Состояние функций программирования и контроля гораздо больше влияло на математические способности, чем латеральный профиль.
4. Дети с развитыми метакогнитивными способностями справлялись с заданиями лучше, даже если регуляторные функции не были достаточно хорошими.
5. Показатели теппинг-теста и корректурной пробы не коррелировали с успешностью тестов счёта и задач. Также слабая корреляция была у конструктивного пространственного праксиса и тестов на межполушарное взаимодействие.
6. Участники, которые лучше справлялись с заданиями на зрительно-пространственную память, показывали и более высокие результаты в решениях примеров.

**Заключение.** Наиболее значимыми факторами, влияющими на качество и скорость решения арифметических и математических задач, стали метакогнитивный и регуляторный факторы, предпочтительная стратегия переработки информации и зрительно-пространственная память.

**Ключевые слова:** дискалькулия, нейропсихология, функциональная межполушарная асимметрия головного мозга.

**FEATURES OF FUNCTIONAL INTERHEMISPHERIC ASYMMETRY  
IN ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN WITH DYSCALCULIA:  
A RESULTS OF A PILOT STUDY**

*Tarasova D.A.*

Institute of Human Brain of the Russian Academy of Sciences (Saint-Petersburg, Russia)

**Keywords:** dyscalculia, neuropsychology, functional interhemispheric asymmetry of the brain.

**Сведения об авторе:**

Тарасова Дарья Андреевна, клинический психолог, нейропсихолог, аспирант Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН (Санкт-Петербург), [neuropsychy.pro@gmail.com](mailto:neuropsychy.pro@gmail.com).

**СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК И САМООЦЕНКА  
У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ПАРАНОИДНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ»**

*Токарева Г.М., Жаворонкова Л.А.*

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва)

**Введение.** Суицидальное поведение остается актуальной проблемой современного общества. К тому же часто коморбидно психиатрическим диагнозам, например заболеваниям шизофренического спектра, при этом не является их диагностическим критерием. В данной работе мы провели изучение связи самооценки и суицидального риска у пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения».

**Целью работы** является исследование самооценки и суицидального риска у пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения».

**Материалы и методы.** Сбор анализируемого материала проводился в виде очной клинической беседы с пациентами ГБУЗ МО «ЦКПБ им. Усольцева» с использованием следующих методик: опросник суицидального риска А. Бека, исследование самооценки Дембо–Рубинштейн, а также авторской анкеты для сбора общих данных об испытуемых.

**Результаты.** Общий уровень самооценки лиц с диагнозом «параноидная шизофрения» связан с их суицидальным риском, однако при этом самооценка здоровья коррелирует с суицидальным риском в отличие от других аспектов жизни пациента.

**Выводы.** В историческом развитии понятия «суицид» существовали концепции, предполагающие, что данное явление характерно только для лиц с психическими расстройствами. В настоящее время существуют различные концепции, которые не исключают лиц психически здоровых или имеющих незначительные психические отклонения, но в нашей работе мы остановились на концепции «Диатез-стресса» Б.С. Положего. В этой работе основной гипотезой выступило предположение о том, что пациенты с диагнозом «параноидная шизофрения» с заниженной самооценкой имеют более высокий уровень суицидального риска по сравнению с имеющими завышенную и нормативную самооценку.

Проведенное исследование и последующий анализ данных лишь частично подтвердили данную гипотезу в части того, что именно заниженная самооценка здоровья связана с суицидальным риском. Связь же других аспектов самооценки с суицидальным риском у данных пациентов обнаружена не была. Также выяснилось, что выраженность суицидального риска у пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» не зависит от их половой принадлежности. Таким образом, в группе риска суицидального поведения находятся как мужчины, так и женщины с данным заболеванием.

**Заключение.** Проблема суицидального поведения среди пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» до сих пор остается актуальной.

Параноидная шизофрения является одним из подтипов шизофрении и обладает уникальными особенностями, которые отличают ее от других типов этого расстройства. У пациентов с данным заболеванием различные причины суицидального поведения, и галлюцинозно-бредовая симптоматика тоже входит в это число. Ухудшает качество жизни пациентов с данным диагнозом распространенная в современном обществе стигматизация заболевания «шизофрения», что негативно отражается на их самооценке.

Группу респондентов составили пациенты, проходившие лечение в ГБУЗ МО «Центральная психиатрическая больница им. Ф. А. Усольцева». Проведенное исследование и последующий анализ полученных результатов показали, что у пациентов с данным диагнозом лишь определенный вид самооценки связан с суицидальным риском: при заниженной самооценке здоровья повышен уровень суицидального риска. Связь других аспектов самооценки с уровнем суицидального риска не была обнаружена. Также выяснилось, что пол пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» не связан с выраженностью суицидального риска, что говорит о том, что в группе риска суицидального поведения находятся как мужчины, так и женщины.

**Ключевые слова:** суицид, суицидальное поведение, шизофрения, параноидная шизофрения, самооценка, самооценка здоровья, суицидальный риск, аутоагрессивное поведение, суицидология.

## SUICIDAL RISK AND SELF-ESTEEM IN PATIENTS DIAGNOSED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

*G.M. Tokareva, L.A. Zhavoronkova*

Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation (Moscow)

**Keywords:** suicide, suicidal behavior, schizophrenia, paranoid schizophrenia, self-esteem, suicide risk, self-rated health, self-aggressive behavior, suicidology.

### **Сведения об авторах:**

Токарева Галина Михайловна, кандидат психологических наук, медицинский психолог ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», доцент кафедры педагогики и медицинской психологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).

Жаворонкова Людмила Анатольевна, студентка ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва), [psy@milazhavoronkova.ru](mailto:psy@milazhavoronkova.ru).

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

*Фесенко А.О., Черных А.М., Шиндриков Р.Ю.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Боль является одной из наиболее частых жалоб среди пациентов неврологического профиля. В соответствии с данными Международной ассоциации по изучению боли (IASP), «хроническая боль определяется как боль, продолжающаяся в течение более трех месяцев». Такое длительное переживание болевых ощущений не может не сказываться на трудоспособности, эмоциональном состоянии и качестве жизни. В то же время сами личностные черты пациентов могут быть взаимосвязаны с характеристиками болевого синдрома. Данные о личностной, эмоциональной сферах и характеристиках качества жизни людей, страдающих хроническим болевым синдромом (ХБС), позволят обозначить психокоррекционные мишени в реабилитации пациентов данной нозологии.

**Материалы и методы.** В исследуемую выборку входили пациенты 2-го неврологического отделения ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (N=76, средний возраст – 46,4±17,6): пациенты с головной болью (ГБ) (40 человек) и пациенты с ХБС (32 человека), из которых 59 женщин и 17 мужчин.

Методы: Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) в адаптации Ф.Б. Березина, опросник враждебности Басса-Дарки (BNDI), опросник SF-36 «Оценка качества жизни». Статистический анализ проводился в программе SPSS Statistics.

**Результаты.** В результате анализа средних значений по методике BNDI отмечается значительное повышение нормативных показателей по шкале обиды (5,3±2,5), чувства вины (5,1±2,25), общего индекса враждебности (5,01±1,96), раздражения (4,9±2,45) и косвенной агрессии (4,9±1,95). Наблюдается значительное снижение среднего значения физической агрессии (2,8±1,77), средний уровень вербальной агрессии (3,9±1,71). То есть для пациентов с болевым синдромом наиболее характерно использование косвенного пути выражения агрессивных эмоциональных переживаний за счет накопления уровня внутреннего напряжения и враждебности, усиления раздражения и чувства вины. Анализ средних значений по методике SF-36 показал существенное снижение качества жизни пациентов с болевым синдромом по таким показателям, как ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (33,1±41,1), жизненная активность (37,6±21,6), физический (35,3±10,7) и психологический (38,6±13) компоненты здоровья. При этом уровень социального функционирования (56,6±28,6) находится в области средних значений. Болевой синдром сказывается на ослаблении способности пациентов исполнять свои ролевые функции, общем уровне жизненной активности и эмоциональном здоровье, однако способность к выстраиванию социальных контактов остается сохранной. Сравнительный анализ (критерий Манна–Уитни) показал наличие статистически значимого преобладания истерических (U=1065, M=70,9±1,9 и M=57,5±3,2, p≤0,05), ипохондрических (U=964, M=73,2±2,2 и M=62,2±3,8, p≤0,05) и гипоманиакальных (U=941, M=59,5±1,5 и M=51,7±3,23, p≤0,05) черт личности в группе пациентов с ГБ по сравнению с пациентами с ХБС. Личностные черты пациентов взаимосвязаны с длительностью болевого синдрома, о чем свидетельствуют данные корре-

ляционного анализа (критерий Пирсона): чем более выражены истероидные черты личности, тем продолжительнее болевые симптомы ( $r=0,234$  при  $p \leq 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, пациенты с болевым синдромом характеризуются использованием косвенных путей выражения агрессивных эмоциональных переживаний. Переживание хронической боли оказывает влияние на снижение способности выполнять ролевые функции и на общий уровень активности при сохранности социального функционирования. Пациенты с ГБ отличаются большей выраженностью истероидных, ипохондрических и гипоманиакальных черт личности по сравнению с пациентами с ХБС. Истероидные черты личности взаимосвязаны с длительностью протекания болевого синдрома, то есть преморбидные личностные особенности могут способствовать хронизации боли. Полученные данные могут быть включены в дальнейшую разработку и описание проблемы психогенеза болевого синдрома.

**Ключевые слова:** хроническая боль, головная боль, хронический болевой синдром.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH A PAIN SYNDROME

*Fesenko A.O., Chernych A.M., Schindrikov R.Y.*

First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlova (St. Petersburg)

**Keywords:** chronic pain, headache, chronic pain syndrome.

### Сведения об авторах:

Шиндрик Роман Юрьевич, ассистент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, [shindrikov@list.ru](mailto:shindrikov@list.ru).

Фесенко Анна Олеговна, Черных Анастасия Михайловна, студенты 5 курса кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ И МЕХАНИЗМОВ СОВЛАДАНИЯ В КОНТЕКСТЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ПОСТВОЕННОГО РЕГИОНА

*Хажуев И.С., Цугалова Х. Б.*

Чеченский государственный педагогический университет,  
Республиканский психоневрологический диспансер (Грозный)

**Введение.** Базисные убеждения личности формируются на основе жизненного опыта и оказывают значительное влияние на восприятие и интерпретацию событий (Меркурьев Д.В., Башкина Е.В., Падун М.А., Котельникова А.В.). В контексте травматических переживаний, базисные убеждения могут быть деформированы, что приводит к изменению восприятия реальности и снижению способности к адаптации. При этом механизмы совладания – это когнитивные и поведенческие стратегии, используемые индивидом для совладания со стрессом (Крюкова Т.Л.). В свою очередь, по мнению исследователей, базисные убеждения влияют на выбор механизмов совладания. Так, позитивные убеждения о себе и мире способствуют ис-

пользованию адаптивных стратегий, таких как активное решение проблем и поиск поддержки (Богомаз С.А., Рубанова А.Л.). Однако в условиях интенсивного стресса от индивида требуется приложение максимума усилий и использование наиболее эффективных стратегий совладания, выбор которых в свою очередь будет зависеть, в том числе, от базисных убеждений (Тарабрина Н.В., Падун М.А.).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие жители разных районов Чеченской Республики (ЧР). Общая выборка состояла из 882 человек, переживших в прошлом травматический стресс разной этиологии (средний возраст опрошенных 46 лет).

Цель исследования – выявление и анализ сопряженности базисных убеждений и механизмов совладания в контексте травматических переживаний.

Методики исследования: шкала оценки влияния травматического события (Н.В. Тарабрина); шкала базисных убеждений (в модификации М.А. Падун и А.В. Котельниковой); методика многомерного измерения копинга (Т.Л. Крюкова); клинико-демографическая карта психоневрологического диспансера ЧР.

Для статистической обработки данных использовался метод выявления коэффициентов ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты.** Была выявлена отрицательная корреляционная связь между базисной установкой «Справедливость» и с индексом ПТС ( $r=-0,145$ ;  $p=0,016$ ). При этом другая базисная установка – «Убеждения о контроле» имеет положительную связь с ПТС ( $r=0,167$ ;  $p=0,005$ ).

Базисная установка «Доброжелательность окружающего мира» имеет отрицательную корреляционную связь со стратегиями совладающего поведения, ориентированными как на решение проблемы ( $r=-0,139$ ;  $p=0,023$ ), так и на эмоциональное совладание с проблемной ситуацией ( $r=-0,256$ ;  $p=0,000$ ). «Справедливость», напротив, имеет положительную связь со стилем совладания, направленным на решение проблемы ( $r=0,228$ ;  $p=0,000$ ), и с субшкалой копинга, ориентированного на избегание «социальное отвлечение» ( $r=0,139$ ;  $p=0,023$ ).

Установка «Образ Я» одновременно положительно коррелирует со стратегиями совладания, ориентированными на решение проблемы ( $r=0,303$ ;  $p=0,000$ ) или ее избегание ( $r=0,205$ ;  $p=0,001$ ), а также с социальным отвлечением ( $r=0,257$ ;  $p=0,000$ ). Более того, убеждение в *удаче* имеет связь с проблемно-ориентированным копингом ( $r=0,317$ ;  $p=0,000$ ), со стратегией избегания проблемы ( $r=0,276$ ;  $p=0,000$ ) и с его двумя субшкалами – отвлечение ( $r=0,165$ ;  $p=0,007$ ) и социальное течение ( $r=0,283$ ;  $p=0,000$ ). Аналогичные значения отмечаются и по *убеждению о контроле*, сопряженное с проблемно-ориентированным копингом ( $r=0,329$ ;  $p=0,000$ ), копингом направленным на эмоции ( $r=0,158$ ;  $p=0,010$ ), а также со стратегиями избегания ( $r=0,223$ ;  $p=0,000$ ), включая его субшкалы – отвлечение ( $r=0,176$ ;  $p=0,004$ ) и социальное отключение ( $r=0,237$ ;  $p=0,000$ ).

**Заключение.** Результаты исследования позволяют предполагать, что наличие у человека веры в справедливость мира может сопровождаться снижением посттравматической симптоматики, поскольку здоровое убеждение в том, что мир справедлив, возможно, оказывает смягчающий эффект при психотравмирующем воздействии, уменьшая вероятность развития тех или иных посттравматических феноменов. При этом восприятие окружающего мира как доброжелательного места может сопровождаться снижением эмоционально-поведенческой активности и снижением частоты использования стратегий активного решения проблемы или эмоционального реагирования. Тогда как сохранность убеждения в справедливости мира, напротив, может стимулировать активность индивида в решении проблем,

параллельно используя и социальное окружение в качестве ресурса совладания с жизненными трудностями.

Наличие убеждений о собственной удаче и способности контролировать происходящие события также ассоциировано с возможностями личности использовать разнообразные копинг-стратегии, включая как активное решение проблем, так и их избегание, а также отвлечение и социальное течение, что может указывать на веру в то, что удача и контроль могут принести решение как при активных, так и пассивных стратегиях поведения.

**Ключевые слова:** базисные убеждения, копинг-стратегии, травматический стресс.

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФ, проект № 24-28-20482

## **THE RELATIONSHIP BETWEEN CORE BELIEFS AND COPING MECHANISMS IN THE CONTEXT OF TRAUMATIC EXPERIENCES AMONG THE POPULATION OF A POST-WAR REGION**

*Khazhuyev I.S., Tsugalova H. B.*

Chechen State Pedagogical University, Republican Psychoneurological Dispensary (Grozny)  
Chechen State Pedagogical University (Grozny)

**Keywords:** core beliefs, coping strategies, traumatic stress.

### **Сведения об авторах:**

Цугалова Хава Беслановна, студент 4 курса специальной психологии ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет» (Грозный), havacugalova@gmail.ru.

Хажуев Ислам Сайдахмедович, кандидат психологических наук, доцент, заведующий ПНИЛ «Инновационные технологии предупреждения угроз безопасности общества» ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет», медицинский психолог ГБУ «Республиканский психоневрологический диспансер» (Грозный), hazhuyev@mail.ru.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И РЕАКЦИЙ ТРЕВОГИ ПРИ РАЗНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ**

*Хажуев И.С., Донхаева Б.А.*

Чеченский государственный педагогический университет,  
Республиканский психоневрологический диспансер (Грозный)  
Чеченский государственный педагогический университет (Грозный)

**Введение.** Травматические переживания возникают в результате воздействия экстремальных ситуаций, которые сопряжены интенсивными стрессовыми реакциями (Буллман Дж., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е.). Очень часто травматическим переживаниям сопутствуют реакции тревоги, которые могут включать в себя повышенную возбудимость, беспокойство, панические атаки и избегание ситуаций, связанных с травмой (Тарабрина Н.В., Лазарус Р.). Кратковременные стрессоры могут вызывать острые стрессовые реакции, которые обычно проходят после прекращения воздействия, в то время как при длительных или повторяющихся воздействиях может отмечаться развитие хронических форм тревоги

и посттравматических личностных изменений (Ахмедова Х.Б., Идрисов К.А., Б. ван дер Колк, Фолкман К.).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие жители разных районов Чеченской Республики (ЧР). Общая выборка состояла из 882 человек, переживших в прошлом травматический стресс разной этиологии (средний возраст – 46 лет).

Цель исследования – изучение специфики проявления интенсивных стрессовых реакций в контексте переживаний экстремальных событий разной продолжительности.

Методики исследования: шкала оценки влияния травматического события (Н.В. Тарабрина); опросник реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина; клинко-демографическая карта психоневрологического диспансера ЧР.

Методы математической обработки: частотный анализ, критерий хи-квадрат Пирсона, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Фридмана.

**Результаты.** Для достижения цели исследования были проанализированы диагностические данные с применением методов математической обработки. Так, проведенный анализ показал, что абсолютное большинство опрошенных жителей Чеченской Республики характеризуются низкими показателями по выраженности ПТС – 63,04 %. Тем не менее пониженный и средний уровни ПТС были выявлены у 20,29 % и 9,41 % опрошенных соответственно. Повышенный и высокий уровни ПТС были диагностированы у 5,44 % и 1,81 % жителей республики соответственно. До 7,25 % опрошенных жителей республики имеют выраженность ПТС (повышенный и высокий), коррелирующей с клиническим уровнем посттравматического стрессового расстройства ( $\chi^2=1105,676$ ;  $p=0,000$ ).

Достоверно установлено, что признаки вторжения при ПТСР и показатели общего уровня ПТС имеют тенденцию пропорционального роста в зависимости от длительности воздействия психотравмирующих факторов. Наиболее высокие показатели по уровню выраженности ПТС продемонстрировали респонденты, пережившие экстремальные события с продолжительностью более 2 лет, наиболее низкие значения продемонстрировали респонденты, переживавшие экстремальные ситуации продолжительностью до 6 месяцев ( $p=0,001$ ). При этом у опрошенных респондентов в структуре посттравматических феноменов более выраженными оказались признаки вторжения по сравнению с признаками избегания и физиологической возбудимости ( $\chi^2=79,246$ ;  $p=0,000$ ). Аналогичным образом оказались выражены также и показатели тревожности – реактивная и личностная тревожность более выражена у лиц, переживавших травмирующие события продолжительностью более 2 лет ( $p=0,000$ ). При этом уровень выраженности личностной тревожности у жителей ЧР оказался значимо выше по сравнению с показателями реактивной тревожности ( $\chi^2=35,313$ ;  $p=0,000$ ). Следует также отметить, что и ситуативная ( $r=0,385$ ;  $p=0,000$ ) и личностная ( $r=0,420$ ;  $p=0,000$ ) тревожность положительно коррелируют с ПТС.

**Заключение.** Результаты исследования показывают, что большинство опрошенных жителей Чеченской Республики демонстрируют низкий уровень выраженности посттравматического стресса (ПТС). Вместе с этим, значительная часть опрошенных страдает от определенных симптомов стресса, которые не достигают клинически значимых показателей, но все же могут вызвать психоэмоциональный дискомфорт и влиять на качество жизни. При этом лица, пережившие длительный и интенсивный стресс на протяжении более двух лет, продемонстрировали наиболее высокие показатели по выраженности симптомов ПТС, что свидетельствует о том, что продолжительное воздействие психотравмирующих событий зна-

чительно повышает риск глубоких психологических последствий, в том числе стойких нарушений, связанных с ПТСР.

**Ключевые слова:** реактивная тревога, личностная тревожность, экстремальная ситуация, травматический стресс.

**Благодарность.** Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФ, проект № 24-28-20482.

## THE SEVERITY OF TRAUMATIC EXPERIENCES AND ANXIETY REACTIONS IN RELATION TO THE DURATION OF PSYCHOTRAUMATIC FACTORS

*Khazhuyev I.S., Donkhaeva B.A.*

Chechen State Pedagogical University, Republican Psychoneurological Dispensary (Grozny)  
Chechen State Pedagogical University (Grozny)

**Keywords:** reactive anxiety, trait anxiety, extreme situation, traumatic stress.

### Сведения об авторах:

Хажуев Ислам Сайдахмедович, кандидат психологических наук, доцент, заведующий ПНИЛ «Инновационные технологии предупреждения угроз безопасности общества» ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет», медицинский психолог ГБУ «Республиканский психоневрологический диспансер» (Грозный), hazhuev@mail.ru.

Донхаева Билкиз Адамовна, студент ФГБОУ ВО «Чеченский государственный педагогический университет» (Грозный), shobilly9@gmail.com.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С БИСФОСФОНАТНЫМ ОСТЕОНЕКРОЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ

*Шакирова О.А., Илюхина М.О., Ситкина Е.В., Яременко А.И., Калакуцкий И.Н.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** На сегодняшний день бисфосфонатные остеонекрозы челюстей (БОНЧ) являются актуальной проблемой в челюстно-лицевой хирургии. Ежегодное увеличение заболеваемости остеопорозами и онкологическими заболеваниями с поражением костной ткани челюстей приводит к распространению применения бисфосфонатов в лечении пациентов. При длительном использовании бисфосфонатов возникают побочные эффекты, одним из которых является БОНЧ, и как следствие – резекция пораженных тканей. Пациенты с данным заболеванием представляют особую группу в связи с малоизученностью данной проблемы, а также ввиду увеличения распространенности БОНЧ. Данное заболевание имеет неблагоприятное влияние на качество жизни пациентов и влечет за собой негативные последствия. Соответственно с этим у пациентов с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей (БОНЧ) наблюдаются не только физические нарушения, но и нарушения в их психическом состоянии.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в 2022-2023 гг. на базе онкологического отделения НИИ стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. Обследовано 32 пациента, в возрасте от 54 до 83 лет, из которых 22 женщины и 10 мужчин. Все пациенты

имеют онкологический диагноз в сочетании с остеомиелитом или БОНЧ. Пациенты прошли обследование дважды: в до- и послеоперационный период.

Методика исследования самооотношения С.Р. Пантелеева (МИС), методика определения доминирующего состояния Л.В. Куликова (ДС-8), анкета оценки качества жизни (Общий опросник здоровья, SF-36), методика диагностики типа отношения к болезни (ТОБОЛ), тест оценки совладающего поведения (Лазарус, WCQ), шкала безнадежности Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

**Результаты.** Установлено, что по сравнению с дооперационным состоянием психологический статус пациентов после операции улучшается: повышается уверенность в себе и своих силах ( $p \leq 0,05$ ), возрастает удовлетворенность собой и ощущение ценности своей личности ( $p \leq 0,05$ ), отмечается прилив жизненных сил и энергии ( $p \leq 0,05$ ). Это улучшение мы связываем с самим фактом оперативного вмешательства. При этом меланхолический (витально-тоскливый) и дисфорический (агрессивный) типы отношения к болезни после операции встречаются реже ( $p \leq 0,05$ ): становится менее выраженным пессимистический взгляд на жизнь, отмечается уменьшение частоты возникновения сомнений в успешности лечения, ослабляются проявления сверхудрученности от восприятия болезни, менее выражены гневливые и озлобленно-аффективные реакции. Также было установлено, что пациенты мужского и женского пола имеют значимые различия относительно своей самоуверенности, общего состояния здоровья, а также использования такой копинг-стратегии, как самоконтроль. Женщины более уверены в себе, в большей степени проявляют уважение к себе, своим успехам ( $p \leq 0,05$ ). Наблюдается тенденция с большей энергией преодолевать препятствия на пути к достижению цели ( $p \leq 0,05$ ). Для мужчин характерны сохранение работоспособности в привычных для себя ситуациях, ориентация на успех начинаний, но при неожиданном появлении трудностей уверенность в себе может снижаться, нарастают тревога, беспокойство ( $p \leq 0,05$ )

**Заключение.** Таким образом, влияние операции на психологическое состояние пациентов очевидно положительное. Представляется перспективным исследование динамики психологического состояния больных в отдаленном послеоперационном периоде и выявление детерминирующей роли эмоционально-аффективных и когнитивных процессов в механизмах выздоровления. Установлено, что пациенты мужского и женского пола имеют значимые различия относительно своей самоуверенности, общего состояния здоровья, а также использования такой копинг-стратегии, как самоконтроль. Женщины более уверены в себе, наблюдается тенденция преодолевать препятствия на пути к достижению цели. Женщины склонны оценивать состояние своего здоровья выше, чем мужчины.

**Ключевые слова:** бисфосфонатные остонекрозы челюстей (БОНЧ), психологические особенности пациентов.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BISPHOSPHONATE OSTEONECROSIS OF THE JAWS

*Shakirova O.A., Iluhina M.O., Sitkina E.V., Yaremenko A.I., Kalakutckiy I.N.*

First Pavlov State Medical University (Saint Petersburg)

**Keywords:** Bisphosphonate osteonecrosis of the jaws (BONJ), psychological characteristics of patients.

**Сведения об авторах:**

Шакирова Ольга Александровна, студент 6 курса кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, [kovrizhnikova.olga@mail.ru](mailto:kovrizhnikova.olga@mail.ru).

Илюхина Мария Олеговна, челюстно-лицевой хирург онкологического отделения НИИ стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

Яременко Андрей Ильич, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, директор клиники челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова МЗ РФ.

Калакуцкий И.Н., челюстно-лицевой хирург онкологического отделения НИИ стоматологии и ЧЛХ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.

Ситкина Евгения Владимировна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ РИСКИ У ПОДРОСТКОВ**

*Шершнева А.С., Ситкина Е.В.*

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** В настоящее время проблема суицида и суицидальных рисков в подростковой среде стоит довольно остро, и возникает вопрос о факторах, которые влияют на формирование такого поведения. Поэтому столь важно изучать данную проблему, чтобы разобраться в мотивах, причинах данных происшествий и, самое главное, найти меры для противодействия.

**Целью работы** является анализ уровня суицидальных рисков у учащихся 8-9-х классов (14-16 лет) общеобразовательной школы.

В исследовании ставились задачи изучения уровня суицидальных рисков у обучающихся 8-х и 9-х классов общеобразовательной школы, их сравнение, а также изучение взаимосвязи уровня суицидального риска с уровнем тревожности и выраженностью чувства одиночества.

**Задачи исследования** касались именно учащихся данных классов, так как в 9-м классе подростки впервые в рамках образовательного пути встают перед выбором относительно профессии и дальнейшего обучения, а также впервые принимают участие в написании Государственной итоговой аттестации в виде Общего Государственного экзамена (ОГЭ).

Объект исследования – учащиеся 8-го и 9-го классов общеобразовательной школы, предмет исследования – уровень суицидальных рисков у подростков.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ГБОУ средняя общеобразовательная школа № 365 имени Героя Советского Союза М. П. Краснолуцкого. В исследовании приняли участие 44 респондента (20 юношей, 24 девушки) в возрасте 14-16 лет.

В качестве основного психодиагностического метода был использован Опросник суицидального риска Шмелева, а дополняли его: Методика диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению в средних и старших классах школы Спилберг–Андреева (модификация А. М. Прихожан), Личностный опросник Айзенка, Шкала одиночества, UCLA.

**Результаты.** Можно отметить, что средние значения тревожности у учеников 8-го (21,9±4,8) и 9-го (21,9±4,8) классов находятся на одном уровне, а средние значения по шкале гнева у 9-х классов (19,8±6) на несколько единиц выше, чем у 8-х (18,2±5,8), при этом все показатели находятся в пределах средней выраженности. В 9-м классе 68 % учеников имеют средний уровень и 32 % – высокий уровень выраженности чувства одиночества. В 8-м классе 55 % – средний уровень и 45 % – высокий. При этом ни в одном классе ученика с низким уровнем одиночества выявлено не было.

При рассмотрении процентного соотношения уровней суицидального риска получается, что среди учащихся 8-го класса 50 % имеют низкий, 45,5 % – средний и 4,5 % – высокий уровень, а среди учащихся 9-го класса 36,4 % – низкий уровень, 63,6 % – средний и 0 % – высокий уровень суицидального риска. При сравнительном анализе с помощью критерия Манна–Уитни различия между уровнями суицидальных рисков у учащихся 8-го и 9-го класса выявлены не были.

При сопоставлении значений уровня суицидальных рисков со значениями по шкале одиночества коэффициент корреляции  $R=0,57$ , следовательно, связь наблюдается, и можно сделать вывод о том, что существует корреляция между уровнем суицидальных рисков подростка и выраженностью чувства одиночества.

Отмечается взаимосвязь между уровнем суицидальных рисков и уровнем тревожности подростка ( $R=0,5$ ). Однако здесь также можно провести более углубленное исследование, чтобы выяснить причинно-следственную связь. Высокий уровень тревожности может как провоцировать высокий уровень суицидальных рисков, так и, наоборот, повышенный уровень суицидальных рисков может вызывать тревожные мысли.

**Выводы:**

1. Уровень суицидальных рисков у учащихся 8-х и 9-х классов находится в рамках нормы.
2. Уровень сформированности суицидальных намерений у учащихся 9-х классов не имеет значительных отличий от учащихся 8-х классов.
3. Существует взаимосвязь между уровнем суицидального риска и выраженностью чувства одиночества.
4. Существует взаимосвязь между выраженностью тревожности и уровнем суицидального риска.

**Заключение.** Проблема суицида и суицидальных рисков среди подростков в силу своей актуальности требует своевременного проведения психодиагностики, а также психопрофилактики.

**Ключевые слова:** суицидальные риски, уровень одиночества, тревожность.

## SUICIDE RISK IN ADOLESCENTS

*Shershneva A.S., Sitkina E.V.*

First Pavlov State Medical University (Saint Petersburg)

**Keywords:** suicidal risks, level of loneliness, anxiety.

**Сведения об авторах:**

Шершнева Анна Сергеевна, студент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [anny.shershneva@yandex.ru](mailto:anny.shershneva@yandex.ru).

Ситкина Евгения Владимировна, доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), [sitkina\\_evgenya@mail.ru](mailto:sitkina_evgenya@mail.ru).

Научное издание

**КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ:  
СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ И НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

работ участников Всероссийской научно-практической конференции  
с международным участием,  
посвященной 10-летию кафедры общей и клинической психологии  
ФГБУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

*10-11 октября 2024 года*

Подписано к использованию 13.12.2024. Заказ № 246/24.  
Объем издания 2,19 Мб. Тираж 100 экз.  
Оригинал-макет подготовлен РИЦ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова.  
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.