

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 74 (79)

**Санкт-Петербург
2020**

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11
Телефон: (812) 592-35-79, 923-98-01

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2020
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2020

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

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov

N 74 (79)

St. Petersburg
2020

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 592-35-79, 923-98-01

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2020

© International Institute of Human Potential Abilities, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Харитонов С.В., Погонченкова И.В., Лямина Н.П., Рассулова М.А. Психические расстройства у больных специализированного стационара по долечиванию коронавирусной инфекции	7
---	---

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Исагулова Е.Ю., Алёхин А.Н. Оценка эффективности когнитивной терапии в разрезе преодоления аутоагрессивных паттернов поведения в подростковом возрасте	30
Григорьева А.А. Обзор отечественных и зарубежных программ превенции суицидального и самоповреждающего поведения, применяемых в практике общеобразовательных школ	42
Котельникова А.В., Кукшина А.А., Тихонова А.С., Ткаченко Г.А. Программы резонансно-акустических колебаний в психокоррекции пациентов с нарушением двигательных функций: роль медицинского психолога	59
Ларионов П.М. Алекситимия и агрессия как предикторы психоэмоциональных нарушений	76
Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Психологические особенности больных психосоматического профиля с различными стратегиями защитно-совладающего поведения	97
Яремко В.И., Леонтьев О.В., Войцицкий А.Н., Сорокин Н.В. Влияние патогенных факторов на психовегетативный статус больных гипертонической болезнью	110
Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю. Защитно-совладающее поведение специалистов экстремального профиля в норме и при патологии: психические компоненты и результаты оценки	119
Алексанин С.С., Кубекова А.С. Психодиагностический прогноз и программа коррекции конфликтного поведения больных с гипертонической болезнью	131
Соловьев М.В., Сорокин Н.В., Угनावенок Д.А., Леонтьева М.О. Особенности постулативной иерархии у обучающихся выпускного курса высшего учебного заведения медицинского профиля	138
Информация о журнале	150

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

- Kharitonov S.V., Pogonchenkova I.V., Lyamina N.P., Rassulova M.A.**
Mental disorders in patients of a specialized hospital for the aftercare of coronavirus infection 7

MEDICAL PSYCHOLOGY

- Isagulova E.Yu., Alyohin A.N.**
Evaluation of the effectiveness of cognitive therapy in the context of correction of auto-aggressive behavior in adolescence 30
- Grigoryeva A.A.**
Review of domestic and foreign programs for the prevention of suicidal and self-harming behavior used in the practice of general education schools 42
- Kotelnikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S., Tkachenko G.A.**
Programs of resonant-acoustic vibrations in psychocorrection of patients with movement disorders: the role of a medical psychologist 59
- Larionov P.M.**
Alexithymia and aggression as risk factors for psycho-emotional disorders 76
- Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S.**
Psychological features of patients with psychosomatic profile with various strategies of protective-coping behavior 97
- Yaremko V.I., Leontev O.V., Voytsitsky A.N., Sorokin N.V.**
Influence of pathogenic factors on the psychovegetative status of patients with the hypertension 110
- Ashanina E.N., Kobozev I.Yu.**
Protective and coping behavior of extreme specialists in normal and patho-logical conditions: psychological components and evaluation results 119
- Aleksanin S.S., Kubekova A.S.**
Psychodiagnostic forecast and conflict behavior correction program with hyper-tensive disease 131
- Solovev M.V., Sorokin N.V., Ugnavenok D.A., Leonteva M.O.**
Features of postulatsionny hierarchy at students of the final year of the higher educational institution of the medical profile 138
- Information about the Journal..... 150

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

**С.В. Харитонов, И.В. Погонченкова,
Н.П. Лямина, М.А. Рассулова**

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА ПО ДОЛЕЧИВАНИЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины
(Россия, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53)

В исследовании особенностей психических расстройств у пациентов, поступающих в стационар, специализированный по долечиванию больных с коронавирусной инфекцией, рассмотрена выборочная совокупность, включающая 406 больных с подтвержденной и предполагаемой коронавирусной инфекцией. Из этого числа больных 16,9 % (69 человек) имели признаки психического расстройства. В структуре психических расстройств преобладали астения (92,7 %), аффективные расстройства (52,1 %) и деменция (53,6 %). При этом астения была характерна для всех возрастных групп больных, тревожные расстройства чаще

✉ Харитонов Сергей Викторович – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д.53); ORCID: 0000-0003-4445-5069; e-mail: sergeyhar@mail.ru;

Погонченкова Ирэна Владимировна – д-р мед. наук, директор, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53); ORCID: 0000-0001-5123-5991; e-mail: PogonchenkovaIV@zdrav.mos.ru;

Лямина Надежда Павловна – д-р мед. наук, проф., зав. отделом медицинской реабилитации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53); ORCID ID: 0000-0001-6939-3234; e-mail: lyana_n@mail.ru;

Рассулова Марина Анатольевна – д-р мед. наук, проф., первый зам. директора, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53); ORCID: 0000-0002-5905-4738; e-mail: RassulovaMA@zdrav.mos.ru.

встречались у пациентов молодого и среднего возраста, а деменция – у пациентов пожилого и старческого возраста. Наиболее часто психические расстройства фиксировались у лиц пожилого и старческого возраста. У некоторых больных усиление астенических проявлений предшествовало падению сатурации крови кислородом и ухудшению состояния. В ряде случаев тревога и паника предшествовали падению сатурации крови кислородом. У большинства пациентов с деменцией коронавирусная инфекция способствовала ухудшению психического состояния больных. Довольно высоким оказался процент расстройств сознания (8,7 % от числа всех консультированных больных). Значительную роль на состояние пациентов оказывают психогенные факторы, способствуя формированию тревоги, панического реагирования и психологической дезадаптации. Среди госпитализированных больных есть пациенты, требующие психиатрической, психотерапевтической и удаленной психологической поддержки. Также требуется решение проблем обеспечения безопасности персонала и больных в случаях развития состояний, представляющих опасность.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, COVID-19, психическое состояние, психопатология, стационар, долечивание, специализированный.

Введение

Вопросы психического здоровья населения в связи со вспышкой COVID-19 какое-то время не стояли в числе приоритетных. Однако уже в марте 2020 года Национальная комиссия здравоохранения Китайской Народной Республики обратилась к экспертному сообществу с призывом о необходимости экстренного вмешательства в разворачивающийся психологический кризис. Были начаты разработки рекомендаций, видеоматериалов, статей с руководящими принципами для специалистов, занимающихся охраной психического здоровья. Также была начата работа по оказанию психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи в инфекционных стационарах, специализированных на работе с COVID-19. Тем не менее проблема психического состояния людей оставалась острой [7].

По данным базы PubMed, вопросам изучения тревожности и психических расстройств в связи с пандемией коронавирусной инфекции SARS-Cov-2 уделяется довольно много внимания. В этой связи уместно выделять два аспекта. Первый – психическое здоровье населения в связи с ситуацией пандемии. Второй – психические расстройства у пациентов вызванные острой коронавирусной инфекцией COVID-19.

В условиях специализированного стационара долечивания (с одной стороны, снижающего нагрузку на стационары, ориентированные на помощь больным в остром периоде болезни, с другой – обеспечивающего раннюю реабилитацию больных), могут находиться пациенты разной степени тяжести. В этой связи представляется разумным ожидать у больных

как психических реакций в связи с пандемией, так и психических расстройств, вызванных самой коронавирусной инфекцией [6]. Однако сведений о структуре психических расстройств, наблюдаемых в такого рода стационаре, на сегодняшний день нет и это затрудняет планирование объемов и организации соответствующей помощи.

Влияние самого факта пандемии на психическое здоровье демонстрируют результаты онлайн опроса 1210 респондентов из 194 городов Китая, проведенного в период с 31 января по 2 февраля 2020 года. Опрос показал, что 53,8 % респондентов оценили воздействие вспышки коронавирусной инфекции как умеренное или тяжелое; 16,5 % респондентов указали на наличие у них депрессивной симптоматики; 28,8 % предоставили данные, свидетельствующие о наличии тревожности; 8,1 % опрошенных сообщили о наличии у них стресса умеренной выраженности [8].

С другой стороны, имеются свидетельства того, что острое инфекционное заболевание влияет на психическое здоровье. Проведенный Jonathan P. Rogers и соавторами (2020) метаанализ 65 работ (соответствующих критериям включения), отобранных из 963 публикаций, показал, что в остром периоде у таких больных чаще всего встречаются бред, спутанность сознания, нарушения памяти, тревога и депрессия. Несколько позднее, в период реконвалесценции, наиболее часто встречаются депрессия, тревога, усталость и раздражительность. Распространенность этих феноменов не оказалась слишком высокой, и исследователи делают вывод, что большинство пациентов не имеют проблем с психическим здоровьем, хотя клиницисты должны быть извещены, что в остром периоде встречается делирий, а в долгосрочной перспективе могут быть депрессия, тревога, усталость и посттравматическое стрессовое расстройство [4].

В других работах делирий рассматривается не только как следствие патофизиологических изменений, вызываемых коронавирусной инфекцией, но и как ранний предвестник утяжеления дыхательной недостаточности или поражения ЦНС [3]. В свою очередь, вовлечение центральной нервной системы может еще больше ухудшить течение коронавирусной инфекции [5].

Французские исследователи указывают на рост числа когнитивных и поведенческих расстройств у больных с психическими заболеваниями [1], а по сообщениям немецких коллег, наблюдаются случаи усиления симптомов, ранее не диагностированных бредовых расстройств, и суицидальное поведение [9]. К сожалению, большинство подобных исследований выполнены с дизайном очень низкого качества, что на данном этапе вполне объ-

яснимо. Тем не менее впечатление о необходимости учитывать психическое состояние больных создается довольно устойчивое. А с точки зрения организации помощи больным представляется важным понимание структуры психических расстройств в условиях стационарной помощи.

Еще один аспект проблемы – возраст больных. Эпидемиологические данные из Китая свидетельствуют, что 86 % подтвержденных случаев заболевания коронавирусной инфекцией были в возрасте 30–79 лет [11], а наиболее высокая смертность наблюдается среди пожилых [2, 10].

В этой связи в проведенном нами исследовании психические расстройства в разных возрастных группах представлены отдельно.

Материал исследования

В качестве материала исследования послужили данные пациентов, поступавших в период с 30 апреля по 10 мая 2020 года в филиал № 3 ГАУЗ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ, перепрофилированный для оказания помощи пациентам с COVID-19. Пациенты поступали в плановом порядке, переводом из стационаров ДЗМ для долечивания по COVID-19 в среднем на $21,4 \pm 4,5$ день от начала заболевания. Включено в исследование 406 пациентов: мужчин – 205, женщин – 201. По коронавирусной инфекции в исследуемой выборке были пациенты с установленным диагнозом U07.1 COVID-19, вирус идентифицирован ПЦР – 218 человек, и U07.2 COVID-19, вирус не идентифицирован ПЦР – 188 человек. Из них имели психические расстройства 69 человек (16,9 % от общего числа больных).

Группировка по возрастным категориям осуществлялась в соответствии с классификацией возрастов ВОЗ от 2019 г., предусматривающей возрастные диапазоны 18–44 года – молодой возраст (86 пациентов), 45–59 лет – средний возраст (138 пациентов), 60–74 года – пожилой возраст (109 человек), 75–90 лет – старческий возраст (64 человека), свыше 90 лет – долголетие (9 человек).

При поступлении в стационар больные чаще находились в удовлетворительном состоянии и состоянии средней тяжести в соотношении 1 : 2,8 (301 человек в удовлетворительном состоянии и 105 в состоянии средней тяжести соответственно).

Коморбидность коронавирусной инфекции в основном была по гипертонической болезни (42,6 % больных), ожирению (25,6 %), сахарному диабету 2-го типа (16,5 % пациентов), цереброваскулярным заболеваниям (12,1 %), хронической сердечной недостаточности (10,1 %).

Методы исследования

Основным методом исследования являлся клинический метод психиатрического исследования, включавший в себя проведение опроса, сбор субъективных анамнестических сведений у больного, объективный анамнез (собирался у родственников и близких), наблюдение за поведением больного, осуществляемое в условиях стационара. На основании полученных данных составлялось описание психического статуса больных и осуществлялась его квалификация в соответствии с МКБ-10. Применялась клиническая рейтинговая шкала деменции (J. Morris, 1993), позволяющая в баллах (от 0 до 3 баллов) дать оценку состояния мышления и памяти больного, его способности к ориентированию в окружающей обстановке, взаимодействия в обществе, поведения и способности к самообслуживанию. При этом 0,5 балла считается сомнительной деменцией, а 3 балла ставится при тяжелой форме деменции.

Физикальный осмотр включал оценку состояния пациента по основным системам и органам с квалификацией состояния по критериям МКБ-10.

Среди инструментальных методов применялись методы измерения артериального давления, оценки сатурации крови кислородом с помощью пульсоксиметрии, измерение температуры тела, при необходимости проводились электрокардиографическое исследование и компьютерная томография легких. Методы лабораторной диагностики включали проведение полимеразной цепной реакции, клинические и биохимическое исследование крови и мочи.

Для обработки полученных результатов были применены описательная статистика, критерий К. Чупрова, коэффициент сопряженности Пирсона, критерий Хи-квадрат, критерий Фишера.

Результаты

По всей выборке из 406 пациентов первично, по инициативе лечащих врачей проконсультировано на предмет оценки психического состояния 69 пациентов (16,9 % от числа всех больных). В возрастном отношении преимущественно это были пациенты пожилого (27 человек, 6,6 % от общего числа больных) и старческого возраста (19 человек, 4,7 % от общего числа больных). Пациентов среднего возраста проконсультировано 12 человек (2,9 % от общего числа больных); пациентов молодого возраста – 7 человек (1,7 % от общего числа больных), из них одна беременная женщина 32 лет. Больных старше 90 лет проконсультировано 4 человека (0,98 % от общего числа больных).

Необходимость психотерапевтической и психиатрической помощи в разных возрастных группах различалась. Так, у лиц молодого возраста необходимость в консультациях по поводу психического состояния была меньше, чем в других возрастных группах: только 8,1 % пациентов молодого возраста нуждались, по мнению лечащих врачей, в таком консультировании (7 из 86 больных молодого возраста). В группе пациентов среднего возраста необходимость оценки психического состояния была несколько выше – в 8,7% случаев (из 138 больных проконсультировано 12 человек). В группе больных пожилого возраста аналогичный показатель существенно возростал и составил 24,7 % (27 из 109 пациентов). Среди пациентов пожилого возраста проконсультировано в связи с психическими расстройствами 29,7 % (19 из 64 человек), а среди лиц старше 90 лет этот показатель возростал до 44,4 % (4 из 9 больных). Хотя численность данных групп невелика, можно видеть, что необходимость оценки состояния психики увеличивается в зависимости от возраста больных. Данные представлены на рис. 1.

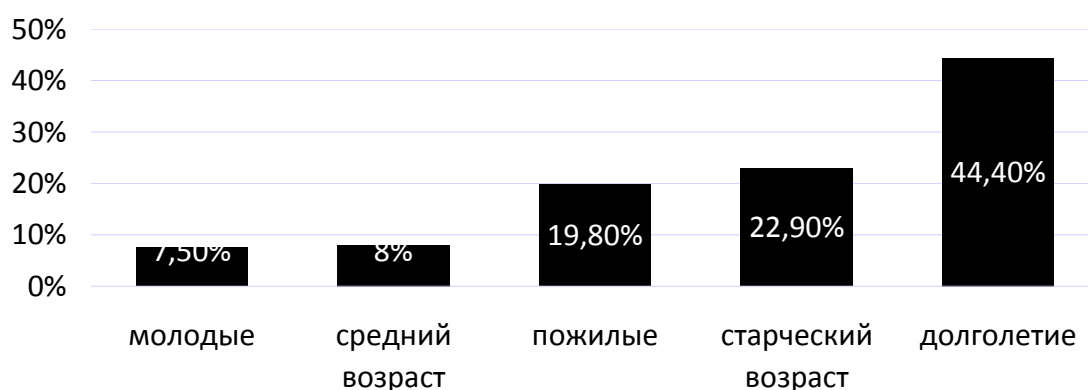


Рис. 1. Частота психических расстройств в выборке в зависимости от возраста больных

Среди психопатологических феноменов, впервые выявленных в связи с коронавирусной инфекцией, наиболее часто встречались астенический синдром, аффективные (преимущественно тревожные расстройства), расстройства чувствительности, интеллектуально-мнестические расстройства, реже психозы и расстройства сознания. Данные о частоте встречаемости наиболее частых феноменов представлены на рис. 2.

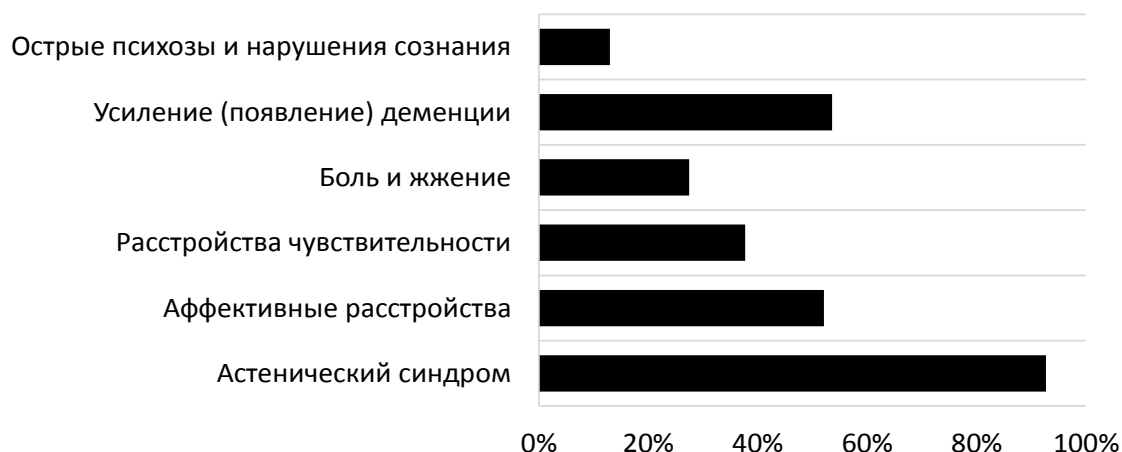


Рис. 2. Частота психопатологических феноменов

В разных возрастных группах имелись особенности проявления этих нарушений.

1. Психические расстройства в группе лиц молодого возраста (7 человек)

В этой немногочисленной группе инициатива консультирования по поводу психического состояния чаще всего исходила от самих пациентов. В картинах психопатологического реагирования доминировали невротические и связанные со стрессом феномены. У одного пациента была ранее диагностированная олигофрения (инвалидность 2-й группы), у одного – детский церебральный паралич.

Астенический синдром наблюдался в четырех случаях. В его структуре преобладали быстрая утомляемость от физической нагрузки, снижение моторной активности, эпизоды раздражительной слабости. Пациенты отмечали, что упадок сил при физической активности происходит довольно резко. При психической активности столь резкого утомления не возникало.

Расстройства в виде тревожности отмечались часто (у 4 человек), с хорошо прослеживаемой психогенной составляющей – наличие коронавирусной инфекции. При этом появление избыточного беспокойства и тревоги на фоне легкого течения инфекционного процесса (были только легкие катаральные явления, без изменений в сатурации крови кислородом, подъёмов температуры выше субфебрильных значений и выраженной интоксикации или астении) отмечалось в двух случаях. У двух пациентов на фоне удовлетворительного соматического состояния отмечались эпизоды

паники с гипервентиляцией. Но ни в анамнезе, ни на момент осмотра сатурация (SpO₂) не опускалась ни у кого из них ниже 96 %. Пациенты не имели никакой сопутствующей патологии, которая могла бы объяснить появление эпизодов гипервентиляции. На высоте приступов фиксировались подъемы систолического артериального давления и учащение пульса, которые купировались самостоятельно, по мере угасания чувства страха. В структуре переживаний, предшествовавших этим приступам, большую роль играли ожидания возможного ухудшения самочувствия и падения уровня кислорода. Один из пациентов обращал внимание на яркие воспоминания пережитого им опыта наблюдения за другими людьми, которые задыхались в его присутствии и в этой связи из общей палаты были переведены в ОРИТ.

В ряде случаев пациенты молодого и среднего возраста с тревожными расстройствами просили о возможности организации удаленной психологической поддержки (3 человека из 7 в группе лиц молодого возраста и 3 из 12 в группе среднего возраста).

Расстройства чувствительности у четверых пациентов отмечались в виде аносмии, гипоосмии и гипогевзии, что вызывало некоторое беспокойство, а у одного пациента способствовало приступу паники.

У троих были неприятные ощущения в мышцах с разной локализацией. Боль и жжение во многом способствовали соматизации тревожных переживаний и не всегда могли объясняться исключительно соматогенной природой.

У одного пациента (38 лет) отмечалась дистимия, существовавшая еще до инфекционного заболевания, но во время настоящей госпитализации в структуре переживаний появилась дисфорическая симптоматика. При осмотре пациент демонстрировал сниженное настроение, появились мрачность, брюзжание, выраженная астенизация и раздражительность. При оценке сатурации крови кислородом было отмечено его снижение с SpO₂ = 98 %, 96 %, 97 %, 96 % в предыдущие два дня (утренние и вечерние измерения) до 90 % на момент осмотра. Психотропные препараты назначены не были, но была изменена схема лечения коронавирусной инфекции. Спустя два дня, после восстановления сатурации до уровня SpO₂ = 98 %, раздражительность существенно уменьшилась.

Ведущими расстройствами в соответствии с критериями МКБ-10 в данной возрастной группе являлись: F71 Умственная отсталость умеренная (1 человек), F34.1 Дистимия (1 человек), F43.2 Расстройство приспособительных реакций (3 человека), F43.1 Посттравматическое стрессовое рас-

стройство (1 человек), F41.1 Генерализованное тревожное расстройство (1 человек).

2. Психические расстройства в группе лиц среднего возраста (12 человек) преимущественно включали расстройства в виде тревожности, астении, депрессии, дистимии, легкие когнитивные расстройства, ипохондрические расстройства.

Астенический синдром фиксировался у подавляющего большинства пациентов – 10 человек. В структуре астении преобладали такие черты, как быстрая физическая и значительно меньше психическая утомляемость, мышечная слабость, неустойчивость настроения с появлением капризности и брюзжания, снижением концентрации внимания. Быстро появляющаяся физическая усталость чаще наблюдалась у пациентов, имеющих дыхательную недостаточность (5 из 7 человек с дыхательной недостаточностью).

В трех случаях усиление раздражительности и появление брюзжания предшествовали снижению сатурации крови кислородом. В наблюдавшихся нами случаях этот период составлял от 4 до 32 часов.

Довольно часто пациенты отмечали физическую слабость и быструю утомляемость от физической активности, которая казалась изначально сильной. Таких ошибок в оценке своих потенциальных физических возможностей наблюдалось довольно много (9 человек из 10).

Тревога разной степени выраженности отмечена у 10 пациентов и в 6 случаях имела отчетливую психогенную обусловленность. У одной пациентки тревожность имела сосудистую природу. У троих пациентов тревожные расстройства возникли еще до начала инфекционного заболевания и могли бы квалифицироваться как входящие в структуру генерализованного тревожного расстройства. Усиление ранее имевшейся тревожности на фоне возникновения инфекционного заболевания отмечали двое из этих пациентов.

Приступы паники, сопровождавшиеся учащением дыхания, отмечались у 4 пациентов. Такие эпизоды возникали при тяжелой форме течения острого периода заболевания (два пациента после ИВЛ), сопровождавшегося одышкой и сильно выраженным чувством страха. Наиболее характерными были воспоминания о том, что «дышать было больно», «легкие не расправлялись», «хрипела», «ощущение, что этот вдох последний и больше вдохнуть не смогу». Подобные воспоминания сопровождалось сильно выраженным чувством страха и сопровождалось гипервентиляцией и вегетативным аккомпанементом (флешбэки). У одного из пациентов с флэшбэками и у одной больной без таких воспоминаний, но имевшей опыт ИВЛ

на протяжении 12 дней приступы паники сопровождались снижением сатурации крови кислородом (с SpO₂ = 95 % до 92 % в одном случае и с SpO₂ = 97 % до 93 % в другом случае). Однако после обучения пациентов дыхательной технике, направленной на устранение грудного типа дыхания и увеличение продолжительности фазы выдоха, уровень тревоги снижался, параллельно восстанавливался уровень сатурации крови кислородом. Аналогичного эффекта удавалось добиться и назначением этим пациентам небензодиазепиновых транквилизаторов (бензодиазепины в данном случае не применялись ввиду риска угнетения работы дыхательной мускулатуры).

Расстройства настроения в виде его снижения до уровней соответствующих критериям депрессивных эпизодов легкой и средней тяжести отмечены у двух пациентов и существовали еще до начала инфекционного заболевания. Заметного усиления выраженности симптомов депрессии пациенты не отмечали, а один из них вообще не указывал на влияние коронавирусной инфекции на самочувствие (больной с эпизодом средней тяжести).

Расстройства чувствительности у четверых человек проявлялись в виде снижения или отсутствия обонятельной и вкусовой чувствительности и вызывали беспокойность.

Еще в трех случаях больные жаловались на зуд, жжение и волны жара в разных участках кожных покровов с распространением или без него. У некоторых пациентов эти волны носили периодический характер, у других – относительно постоянный. В клинической картине иногда присутствовали тревога и беспокойство в связи с данными ощущениями, неоднократные обращения к врачам за помощью. Применение транквилизаторов, антидепрессантов и нейролептиков оказалось неэффективным – тревога уменьшалась, но боль и жжение не претерпевали изменений (периоды наблюдения за эффективностью терапии были невелики, от 3 до 12 дней).

Легкие когнитивные расстройства в виде незначительного снижения уровня внимания, памяти, способности к концентрации внимания отмечали 4 пациента старшего возраста данной возрастной группы. Однако надежной дифференциальной диагностики между легким когнитивным расстройством и астеническим расстройством в рамках инфекционного заболевания провести не удалось за исключением одного пациента, ранее отмечавшего снижение когнитивных функций.

У пятерых пациентов отмечались болезненные ощущения в мышцах на фоне нормальной температуры тела при отсутствии признаков интоксикации.

По критериям МКБ-10, в качестве ведущих были установлены диагнозы: F32.0 и 32.1 Депрессивный эпизод (2 человека), F43.2 Расстройство приспособительных реакций (6 человек), F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство (1 человек), F60.2 Диссоциальное расстройство личности (1 человек), F23.3 Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (1 человек), F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (1 человек).

3. Особенности психических нарушений в пожилом возрасте (27 человек)

У больных пожилого возраста, как и в остальных возрастных группах, в клинической картине доминировали астенические проявления, аффективные и интеллектуально-мнестические расстройства.

Астенический синдром характеризовался быстрой утомляемостью при физической нагрузке, чувством усталости, снижением способности к концентрации внимания и быстрой его истощаемостью. Астения мало соотносилась с уровнем сатурации крови кислородом и определялась у 25 пациентов.

Довольно часто (4 пациента) выраженное усиление астенического синдрома предшествовало снижению сатурации крови кислородом и утяжелению соматического состояния, включая углубление деменции.

Деменция разной степени выраженности определена в 15 случаях. Выраженность ее по шкале J. Morris (1993) составила $1,2 \pm 0,2$ балла. У шести человек отмечалось значительное усиление картины деменции преимущественно за счет снижения гностических функций. Больные хуже ориентировались в окружающей обстановке и сами отмечали, что произошло заметное снижение их способности к ориентированию. У двоих из них отмечалось углубление симптомов афазии. В остальных 9 случаях не было возможности получить сведения от близких и родственников, по этой причине говорить об усилении деменции в связи с перенесенной коронавирусной инфекцией затруднительно. Но 4 человека из этих 9 отмечали, что стали хуже ориентироваться в окружающем. Ухудшение практических навыков отмечали 4 человека. Таким образом, в клинической картине ведущим являлось снижение способности к ориентированию в окружающей обстановке.

Аффективные расстройства большей частью имели органическую природу и сопровождалась снижением интеллектуально-мнестических функций. В основном речь шла о депрессии (1 человек) и тревожных расстройствах (2 человека) появившихся за время лечения по поводу корона-

вирусной инфекции. Во всех случаях пациенты имели длительный срок наблюдения, и, хотя постинфекционный характер указанных расстройств не вызывает сомнений, в клинической картине дополнительно имели место и психогенные составляющие.

Аффективные расстройства неорганической природы имелись у троих пациентов. У одной больной диагностирован депрессивный эпизод средней тяжести с соматическими симптомами. Судя по оценкам самой больной и ее родственников, ухудшения настроения в связи с инфекционным заболеванием не произошло. У двух пациенток преобладала тревожность в рамках генерализованного тревожного расстройства, имевшегося и до инфекционного заболевания, которое усилило проявления тревожности в обоих случаях.

У двух пациентов имелись соматоформные расстройства, возникшие до инфекционного заболевания, протекавшего нетяжело, без дыхательной недостаточности (по данным компьютерной томографии, пневмония 1-й и 2-й степеней соответственно). В случае пациентки с соматизированным расстройством можно говорить, что перенесенное инфекционное заболевание усилило тревожность и тем самым способствовало утяжелению соматизации. В случае с пациентом, имеющим ипохондрическое расстройство, этого не произошло, и его состояние мало изменилось.

Расстройства чувствительности в данной возрастной группе отмечены у четверых пациентов в виде аносмии и гипогевзии. В отличие от более молодых пациентов, больные старшего возраста спокойнее относились к этим расстройствам и тревогу они вызывали только у одной пациентки.

Расстройства в виде болевых ощущений и чувства жжения в скелетной мускулатуре, кроме дыхательной мускулатуры, отмечались у 6 пациентов. В 4 случаях это были пациенты с деменцией.

У одной из пациенток был установлен диагноз «кожный зуд». В психической сфере отмечалось только беспокойство из-за его возникновения, подтвердить или опровергнуть роль психогенных факторов не удалось.

У двух пациенток психическое состояние ухудшилось в связи с недавней кончиной мужей, в обоих случаях скончавшихся от COVID-19. В клинической картине утраты преобладали печаль, слезливость, сниженное настроение. У одной пациентки значительно усилилось беспокойство.

Острые психотические расстройства диагностированы в пяти случаях. У двух пациентов (мужчины) на фоне инфекционного заболевания развились острые психотические расстройства. У одного пациента бред являлся систематизированным, со своей структурой бредовых построений,

у другого бред носил образно-чувственный характер, сопровождался то подавленностью, то гневом, слуховыми галлюцинациями и обманами восприятия.

Двум пациентам задолго до инфекционного заболевания были установлены диагнозы «шизофрения». В клинической картине у обоих преобладали выраженные негативные симптомы. Пациенты не отмечали сколь либо заметного влияния имеющегося инфекционного заболевания на течение психического расстройства.

В соответствии с критериями МКБ-10, в качестве ведущих были установлены диагнозы: F43.2 Расстройство приспособительных реакций /утрата (2 человека), F20.5 Остаточная шизофрения (2 человека), F23.0/23.3 Острые и переходящие психотические расстройства (2 человека), L29.9 Зуд неуточненный (1 человек), F00.1* Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (2 человека), F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа (5 человек), F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера (1 человек), F45.0/45.2 Соматоформное расстройство (2 человека), F41.1 Генерализованное тревожное расстройство (2 человека), F06.4 Органическое тревожное расстройство (2 человека), F01 Сосудистая деменция (3 человека), F06.6 Органическое эмоционально лабильное расстройство (1 человек), F06.3 Органические расстройства настроения (1 человек), F3 Депрессивный эпизод (1 человек), F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (1 человек), R41.0 Нарушение ориентировки неуточненное (1 человек).

4. Особенности психических нарушений в старческом возрасте (19 человек)

В структуре психических расстройств преимущественно фиксировались интеллектуально-мнестические нарушения, астенический синдром, аффективные расстройства, болевые расстройства, ипохондрические, бредовые и расстройства сознания.

Среди больных данной возрастной группы эти расстройства накладывались друг на друга преимущественно в рамках картин деменции разной этиологии и разной степени тяжести. Всего таких больных выявлено 16 человек. По клинической рейтинговой шкале деменции (J. Morris, 1993) средний балл тяжести у в группе составил $1,3 \pm 0,3$ балла. Из этого числа 15 больных и их родственники (опрошены родственники 9 пациентов) отмечали, что после начала заболевания картина деменции утяжелилась.

Астенический синдром разной степени выраженности диагностирован у всех больных.

Интеллектуально-мнестические расстройства (15 человек) в первую очередь характеризовались снижением способности ориентироваться в окружающей обстановке и времени, ухудшением праксиса и усилением или появлением симптомов афазии. С началом инфекционного заболевания эти нарушения заметно усиливались и для большей части пациентов и их близких становились заметными (близкие это отмечали на основе опыта телефонного и видео-общения с больными). По сравнению с периодом до начала инфекционного заболевания заметного ухудшения памяти на текущие события или на прошлый опыт не фиксировалось, парамнезий не выявлено ни у одного пациента. Судить о снижении уровня абстрактного мышления по сравнению с предыдущим периодом было затруднительно ввиду отсутствия достаточно надежных анамнестических сведений, которые в имевшихся условиях собрать не представлялось возможным, но, по оценкам родственников больных, грубых нарушений не было.

Аффективные расстройства характеризовались усилением имевшейся ранее (12 больных) или появлением выраженной эмоциональной лабильности (впервые возникла у 3 человек), тревожности, слезливости и просьбами вернуть их в привычную среду (домой, пансионаты для пожилых и т. п.). У одной пациентки было суицидальное поведение: грозила, что выбросится из окна 3-го этажа или повесится, если ее не выпишут домой. Считала, что ее долго держат непонятно по каким причинам (всего провела в условиях карантинных мер более трех недель).

У пяти пациентов с интеллектуальным снижением в рамках органического заболевания головного мозга эмоциональные нарушения превалировали в клинической картине, у двух человек доминировали тревожные состояния и у троих – эмоциональная лабильность.

На *болевые ощущения* в мышцах или чувство жжения без четкой локализации на поверхности тела указывали пять пациентов. У троих отмечались ипохондрические расстройства, но они имелись еще до инфекционного заболевания. Примечательно, что у одного из этих пациентов ипохондрические расстройства уменьшились по выраженности, а у двоих других их выраженность практически не изменилась.

У 15 человек определялся выраженный астенический синдром с преобладанием слабости в мышцах и быстрой физической утомляемостью.

Расстройства чувствительности в виде аносмии и гипогевзии беспокоили 5 пациентов.

Нарушения сознания были у троих пациентов с деменцией: у 2 больных (с U07.1) было диагностировано аментивное расстройство соз-

нения, обусловленное тяжестью соматического состояния, а у одного пациента (U07.1) наблюдалась картина мусситирующего делирия, предположительно инфекционно-токсического происхождения. Эти состояния сопровождались снижением сатурации крови кислородом в диапазоне SpO₂ = 91 %, 90 % и 88 % и нарушением возбудимости миокарда по данным ЭКГ (хроническая форма трепетания предсердий, желудочковые и полиморфные экстрасистолы). Важной особенностью этого сочетания деменции и нарушений возбудимости миокарда является тот факт, что среди остальных пациентов (выборка составила 161 человек из 406), состояние которых было стабильным, такой комбинации расстройств не отмечено ни в одном из случаев. Могли быть деменция или нарушения возбудимости, и такие пациенты продолжали лечение. Но там, где были сочетание деменции и нарушений возбудимости миокарда, состояние пациентов значительно ухудшалось. И хотя выборка не была репрезентативной, по четырехпольной таблице нами был проведен статистический анализ, по результатам которого установлена сильная связь между сочетанием деменции и нарушений сердечного ритма с ухудшением соматического состояния.

Так, имели деменцию и нарушения возбудимости миокарда в сочетании с ухудшением соматического состояния 4 человека (1 пациент из группы старше 90 лет), имели это сочетание синдромов, но их состояние не ухудшалось – 0 человек, состояние ухудшилось, но не имели сочетания синдромов деменции и нарушений возбудимости миокарда 6 пациентов, не имели этих синдромов и состояние было стабильным 151 человек.

Связь между деменцией и нарушениями возбудимости с ухудшением соматического состояния, сопровождающегося падением сатурации крови кислородом, по критерию К. Чупрова = 0.647, по коэффициенту сопряженности Пирсона = 0.543, критерий Хи-квадрат с поправкой Йетса = 33.727 ($p < 0,001$), точный критерий Фишера (двусторонний) = 0.00004 ($p < 0,05$).

Ведущими диагностическими рубриками по критериям МКБ-10 являлись: F00.9 Деменция при болезни Альцгеймера неуточненная (2 человека), F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа (3 человека), F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (2 человека), F06.4 Органическое тревожное расстройство (2 человека), F01 Сосудистая деменция (2 человека), F06.6 Органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство (3 человека), F06.3 Органические расстройства настроения (1 человек), F34.1 Дистимия (1 человек), F05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактив-

ными веществами (1 человек), R41.0 Нарушение ориентировки неуточненное (2 человека).

5. Больные старше 90 лет (долголетие)

Эта возрастная группа была немногочисленна и включала только 9 человек, нуждавшихся в оценке психического статуса. В структуре психопатологии преобладали деменция разного генеза и нарушения сознания. Выраженность деменции по шкале J. Morris (1993) составила $1,9 \pm 0,4$ балла, что на 0,6 балла больше, чем среди больных старческого возраста.

Как и в группе лиц старческого возраста, наблюдалось утяжеление симптомов деменции преимущественно за счет ухудшения навыков самообслуживания, ориентирования в окружающей обстановке и усиления или появления афазии (6 человек). Заметного ухудшения памяти, появления парамнезий и усиления интеллектуальных нарушений по сравнению с периодом до начала инфекционного заболевания не выявлено ни у одного больного, кроме пациента с аментивным расстройством сознания.

Отмечалось усиление астенических явлений преимущественно за счет мышечной слабости, быстрой физической утомляемости и чувства усталости в покое (6 пациентов).

В нескольких случаях (4 пациента) значительно усилилась имевшаяся ранее эмоциональная лабильность. У одной больной на фоне инфекционного заболевания появилась выраженная тревожность.

Одного пациента беспокоили болевые ощущения в мышцах спины, груди, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся чувством жжения и жара.

Нарушение ориентировки в виде аментивного расстройства сознания диагностировано у одного больного с деменцией. Как и в группе лиц старческого возраста, расстройство сознания сопровождалось снижением сатурации крови кислородом $SpO_2 = 88 \%$ и нарушением возбудимости миокарда по данным ЭКГ (хроническая форма трепетания предсердий).

По критериям МКБ-10 ведущими диагнозами в данной группе являлись: F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом (1 человек), F00.2 Деменция при болезни Альцгеймера, смешанного типа (3 человека), F06.4 Органическое тревожное расстройство (1 человек), F01 Сосудистая деменция (1 человек), F06.6 Органическое эмоционально лабильное [астеническое] расстройство (2 человека), R41.0 Нарушение ориентировки неуточненное (1 человек).

Обсуждение

Из представленных данных видно, что чаще других во всех возрастных группах встречались астенические расстройства и расстройства в виде тревожности. В то же время, хорошо прослеживается возрастная специфика картин психопатологического реагирования. Так, у пациентов молодого и зрелого возраста значительно чаще, чем у пожилых людей, встречаются невротические и связанные со стрессом расстройства с психогенной составляющей. Но и у пациентов старших возрастных групп в структуре уже имеющейся психопатологии встречались переживания, связанные с нарушением привычного для них уклада жизни, в связи с потерями близких людей и страхом за свое здоровье.

Психогенный характер реакций у пациентов самых разных возрастов можно распределить на три группы по наиболее частым причинам: представления о возможных рисках, пережитой опыт дыхательной недостаточности, изменение условий жизни во время заболевания в связи с карантинными и лечебными мероприятиями.

Особенностью тревожности у пациентов было то, что в некоторых случаях она способствовала формированию паники, приводящей к падению сатурации крови кислородом. Таким образом, психогенный механизм реагирования провоцировал гипоксию с вытекающими последствиями в виде вопросов о переводе больного на кислородную поддержку и риском назначения бензодиазепиновых транквилизаторов, способных оказывать угнетающее действие на дыхательную мускулатуру.

Возникновение астенического синдрома, довольно выраженного почти у всех пациентов, представляется вполне очевидным для инфекционного процесса. Но в данном случае были особенности, которые отмечали многие пациенты.

Во-первых, в структуре астении преобладала слабость, связанная с мышечной активностью, при том что эмоционально-гиперэстетическая слабость была выражена очень умеренно. Особенно заметной такая, довольно резко появляющаяся при физической активности слабость была представлена у молодых пациентов и почти не отмечалась пожилыми и малоподвижными людьми. Наиболее правдоподобным объяснением этой особенности может быть быстрый рост гипоксии («гипоксическая астения») при физической активности, когда доставка кислорода оказывается недостаточной для компенсации его потребления.

Во-вторых, усиление астенических проявлений в виде роста раздражительности, особенно у молодых пациентов, часто оказывалось пред-

вестником падения сатурации кислорода в крови (иногда опережая падение сатурации крови кислородом за сутки и более). К сожалению, в представленном материале недостаточно сведений для статистически обоснованной оценки этому утверждению. Однако имеющиеся наблюдения заслуживают внимания и требуют более детального изучения с целью поиска лабораторных, инструментальных и иных маркеров предстоящего ухудшения состояния больных.

Отдельного разговора требуют картины деменции у пациентов старших возрастных групп. Очень часто фиксировалось влияние коронавирусной инфекции на углубление деменции, особенно праксиса, гнозиса и афазии. В ряде случаев нам не удалось получить сведения от родственников и близких пациентов, но и имеющегося материала достаточно, чтобы говорить об этом феномене как существенном для пациентов данных возрастных групп. Нельзя исключить, что в основе усиления деменции могут играть роль и гипоксия, и особенности инфекционно-токсического процесса.

Примечательными оказались несколько случаев сочетания деменции с нарушениями возбудимости миокарда, когда такая комбинация была предиктором утяжеления состояния больного. Вероятно, что это объясняется кардио-церебральным синдромом вследствие гипоксии.

Болевые ощущения и чувство жжения нами включены в описание картин психопатологического реагирования по причине значительной фиксации внимания больных на этих феноменах. Болевые ощущения, особенно со стороны мышц, участвовавших в дыхании у пациентов, перенесших тяжелую форму дыхательной недостаточности, часто оказывались своеобразным напоминанием о сложном периоде выживания, а у некоторых больных эти ощущения оказывались триггером паники.

Особое внимание необходимо пациентам с ограниченными возможностями и требующими ухода в связи с психическим заболеванием. В условиях пандемии большинство стационаров оказались перепрофилированы, и ограниченные возможности перевода пациентов в психиатрический стационар, специализированный на помощи таким пациентам, включая кризисные состояния (были пациенты с суицидальным поведением), может негативно сказываться на их состоянии. По нашему мнению и мнению врачей-интернистов, психотерапевтическая и психиатрическая помощь оказываемая непосредственно в «красной зоне», в сочетании с дистанционной психотерапевтической поддержкой больных оказалась действенной мерой терапии и может быть рекомендована к широкому применению в перепрофилированных по COVID-19 стационарах.

Выводы

Результаты данного исследования, позволяют сделать несколько выводов об особенностях психических расстройств у пациентов стационара долечивания.

1. Наиболее часто психические расстройства встречаются у лиц пожилого и старческого возраста. При этом у молодых людей, в отличие от пожилых пациентов, чаще встречаются расстройства в виде тревожности, в то время как у пациентов пожилого и старческого возраста преобладают психические нарушения, связанные с интеллектуально-мнестическим снижением и расстройствами сознания.

2. В структуре психических расстройств у больных с подтвержденной и предполагаемой коронавирусной инфекцией преобладают явления, связанные с астеническим синдромом. При этом астения имеет свои особенности и эпизодическое ее усиление преимущественно связано с физической активностью больных. В некоторых случаях усиление астенических реакций предшествовало падению сатурации крови кислородом.

3. Довольно часто возникают расстройства сознания (8,7 % от числа всех консультированных больных – 6 человек во всех группах, вместе взятых), что требует отдельного изучения и разработки способов превентивной оценки рисков и соответствующей поддержки больных.

4. Значительное влияние на психическое состояние пациентов оказывают факторы психогенного свойства – представления о болезни, пережитой опыт, в первую очередь дыхательной недостаточности, наблюдение за другими пациентами и меры ограничения активности в связи с карантинными мероприятиями.

5. В стационаре могут быть пациенты, нуждающиеся в уходе или требующие организации наблюдения, включая индивидуальные посты. Это требует соответствующих организационных решений, включая обеспечение мер психотерапевтической и психофармакотерапевтической поддержки, организации наблюдения за пациентами и решение проблем обеспечения безопасности пациентов и персонала в связи с возможной опасностью пациентов как для себя, так и для окружающих.

Литература

1. Chevance A., Gourion D., Hoertel N. [et al.] Ensuring mental health care during the SARS- CoV- 2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale*. 2020 Apr 2. doi: 10.1016/j.encep.2020.03.001.

2. Gabutti G., d'Anchera E., Sandri F. [et al.] Coronavirus: Update Related to the Current Outbreak of COVID-19. Version 2. *Infect Dis Ther.* 2020 Apr 8; Vol. 9, N 2. P. 1–13. doi: 10.1007/s40121-020-00295-5.
3. Jonathan P.R., Edward C., Dominic O. [et al.] Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet.* May 18, 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).
4. Kotfis K., Williams R.S, Wilson J. [et al.] COVID-19: What do we need to know about ICU delirium during the SARS-CoV-2 pandemic? *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2020 May 18:40590. doi: 10.5114/ait.2020.95164.
5. Li H., Xue Q., Xu X. Involvement of the Nervous System in SARS-CoV-2 Infection. *Neurotox Res.* 2020 Jun; Vol. 38, N 1. P.1–7. doi: 10.1007/s12640-020-00219-8.
6. Li S., Wang Y., Xue J. [et al.] The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 19; Vol. 17, N 6. P. 2032. doi: 10.3390/ijerph17062032.
7. Li W., Yang Y., Liu Z.H. [et al.] Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci.* 2020 Mar 15; Vol. 16, N 10. P. 1732–1738. doi: 10.7150/ijbs.45120.
8. Wang C., Pan R., Wan X. [et al.] Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 6; Vol. 17, N 5. P.1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
9. Weise J., Schomerus G., Speerforck S. The SARS-CoV-2 Pandemic and an Attempted Suicide of a Patient with Delusional Disorder. *PsychiatrPrax.* 2020 May; Vol. 47, N 4. P. 18–220. doi: 10.1055/a-1158–1745.
10. Yu P., Qi F., Xu Y. [et al.] Age-related rhesus macaque models of COVID-19. *Animal Model Exp Med.* 2020 Mar 30; Vol. 3, N 1. P. 93–97. doi: 10.1002/ame2.12108.
11. Zhonghua L.X., Bing X., Za Z. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention.* 2020 Feb 10; Vol. 41, N 2. P. 45–151. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.

Поступила 15.06.2020

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

Для цитирования. Харитонов С.В., Погонченкова И.В., Лямина Н.П., Рассулова М.А. Психические расстройства у больных специализированного стационара по долечиванию коронавирусной инфекции // *Вестн. психотерапии.* 2020. № 74 (79). С. 7–29.

**MENTAL DISORDERS IN PATIENTS OF A SPECIALIZED HOSPITAL
FOR THE AFTERCARE OF CORONAVIRUS INFECTION**

Kharitonov S.V., Pogonchenkova I.V., Lyamina N.P., Rassulova M.A.

Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, restorative
and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, Russia)

✉ Sergey Viktorovich Kharitonov – Dr. Med. Sci., Leading researcher of Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, recovery and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: sergeyhar@mail.ru;

Irena Vladimirovna Pogonchenkova – Dr. Med. Sci., Director of the Moscow scientific and practical center for medical rehabilitation, restorative and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: pogonchenkovaIV@zdrav.mos.ru;

Nadezhda Pavlovna Lyamina – Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of medical rehabilitation Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, restorative and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: lyana_n@mail.ru;

Marina Anatolyevna Rassulova – Dr. Med. Sci., Professor, First Deputy Director of the state Autonomous healthcare institution Moscow scientific and practical center for medical rehabilitation, restorative and sports medicine (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: rassulovaMA@zdrav.mos.ru.

Abstract. A sample of 406 patients with confirmed and suspected coronavirus infection was considered in the study of features of mental disorders in patients admitted to a hospital specialized in the aftercare of patients with coronavirus infection. Of this number of patients, 16,9 % (69 people) had signs of a mental disorder. The structure of mental disorders was dominated by asthenia (92,7 %), affective disorders (52,1 %) and dementia (53,6 %). At the same time, asthenia was typical for all age groups of patients, anxiety disorders were more common in young and middle-aged patients, and dementia in elderly and senile patients. The most common mental disorders were recorded in the elderly and senile. In some patients, increased asthenic manifestations preceded a drop in blood oxygen saturation and deterioration of the condition. In some cases, anxiety and panic were preceded by a drop in blood oxygen saturation. In most patients with dementia, coronavirus infection contributed to the deterioration of the mental state of the patients. The percentage of disorders of consciousness was quite high (8,7 % of all consulted patients). Psychogenic factors play a significant role in the condition of patients, contributing to the formation of anxiety, panic response and psychological maladaptation. Among the hospitalized patients, there are patients who require psychiatric, psychotherapy and remote psychological support. It is also necessary to solve the problems of ensuring the safety of staff and patients in cases of developing conditions that are dangerous.

Key words: coronavirus infection, COVID-19, mental state, psychopathology, hospital, aftercare, specialized.

Reference

1. Chevance A., Gourion D., Hoertel N. [et al.] Ensuring mental health care during the SARS- CoV- 2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale*. 2020 Apr 2. doi: 10.1016/j.encep.2020.03.001.
2. Gabutti G., d'Anchera E., Sandri F. [et al.] Coronavirus: Update Related to the Current Outbreak of COVID-19. Version 2. *Infect Dis Ther*. 2020 Apr 8; Vol. 9, N 2. Pp. 1–13. doi: 10.1007/s40121-020-00295-5.
3. Jonathan P.R., Edward C., Dominic O. [et al.] Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. May 18, 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).
4. Kotfis K., Williams R.S, Wilson J. [et al.] COVID-19: What do we need to know about ICU delirium during the SARS-CoV-2 pandemic? *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2020 May 18: 40590. doi: 10.5114/ait.2020.95164.
5. Li H., Xue Q., Xu X. Involvement of the Nervous System in SARS-CoV-2 Infection. *Neurotox Res*. 2020 Jun; Vol.38, N 1. Pp. 1–7. doi: 10.1007/s12640-020-00219-8.
6. Li S., Wang Y., Xue J. [et al.] The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 19; Vol. 17, N 6. P. 2032. doi: 10.3390/ijerph17062032.
7. Li W., Yang Y., Liu Z.H. [et al.] Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020 Mar 15; Vol. 16, N 10. Pp. 1732–1738. doi: 10.7150/ijbs.45120.
8. Wang C., Pan R., Wan X. [et al.] Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6; Vol. 17, N 5. P. 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
9. Weise J., Schomerus G., Speerforck S. The SARS-CoV-2 Pandemic and an Attempted Suicide of a Patient with Delusional Disorder. *Psychiatr Prax*. 2020 May; Vol.47, N 4. Pp. 218–220. doi: 10.1055/a-1158–1745.
10. Yu P., Qi F., Xu Y. [et al.] Age-related rhesus macaque models of COVID-19. *Animal Model Exp Med*. 2020 Mar 30; Vol.3, N 1. Pp. 93–97. doi: 10.1002/ame2.12108.
11. Zhonghua L.X., Bing X., Za Z. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention*. 2020 Feb 10; Vol. 41, N 2. Pp. 145–151. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.

Received 15.06.2020

For citing. Kharitonov S.V., Pogonchenkova I.V., Lyamina N.P., Rassulova M.A. Psihicheskie rasstrojstva u bol'nyh specializirovannogo stacionara po dolechivaniyu koronavirusnoj infekcii. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 7–29. **(In Russ.)**

Kharitonov S.V., Pogonchenkova I.V., Lyamina N.P., Rassulova M.A. Mental disorders in patients of a specialized hospital for the aftercare of coronavirus infection. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 7–29.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ В РАЗРЕЗЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ АУТОАГРЕССИВНЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

¹ Клинический центр Итальянского института микропсихоанализа
(Россия, Москва, Порядковый пер., д. 21);

² Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, набережная р. Мойки, д. 48).

Разработаны меры по снижению выраженности паттернов аутоагрессивности у подростков, базирующиеся на поэтапном использовании метода когнитивной терапии в виде развития когнитивных навыков с целью преодоления аутоагрессивных паттернов как неотъемлемой части комплексной модели психокоррекционной терапии аутоагрессивного поведения в подростковом возрасте. В результате применения комплексной модели реабилитации с использованием психокоррекционных мероприятий, направленных на предупреждение аутоагрессивного поведения, выявлена положительная динамика клинико-психопатологических характеристик у подростков.

Ключевые слова: подростковый возраст, аутоагрессивное поведение, пограничное расстройство личности, психокоррекция, когнитивная терапия.

Введение

Проблема аутоагрессивного поведения (ААП) личности, являясь предметом внимания многих исследователей в различных областях науки о человеке, приобрела особенную остроту в современных условиях социальных трансформаций. К ААП относятся самоунижения, самообвинения, чувство злости и чувство отвращения и ненависти к себе (психологическая аутоагрессия); реальные действия, которые вызывают боль, страдания и представляют угрозу своей жизни (физическая аутоагрессия); имплицит-

✉ Исагулова Елена Юрьевна – клинич. психолог, руководитель Клинического центра Итальянского института микропсихоанализа (Россия, 127005, Москва, Порядковый пер., д. 21), e-mail: 9477877@gmail.com;

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

ные аутоагрессивные действия различного типа (алкоголизм, наркомания, переедание или анорексия, рискованное сексуальное поведение, травматические виды спорта, провоцирующее поведение и др.).

В Международной статистической классификации болезней и проблем со здоровьем (МКБ-10) ААП возникает как в контексте различных психических расстройств (эмоционально нестабильные расстройства личности / пограничное расстройство личности, злоупотребление психоактивными веществами и расстройства зависимости, аффективные расстройства и т. д.), так и без сопутствующей психопатологии [5]. Согласно мета-анализу, средняя распространенность ААП в виде парасуицидального поведения в школьных выборках по всему миру составляет 17,2 % (диапазон 8,0–26,3 %) [14]. К различным формам аутоагрессивного поведения (ААП) в подростковом возрасте может приводить эмоциональная чувствительность и эмоциональная уязвимость, легкая актуализация тревоги, чувства вины и стыда [9]. Следует отметить, что проблема агрессивного поведения в целом и ААП подростков в частности исследовалась учеными в контексте изучения личности, факторов формирования, критериев прогнозирования аутоагрессивных действий [3].

Анализ научной литературы показал, что исследования в этом направлении часто сводятся к анализу психологических особенностей лиц, которые уже совершили аутоагрессивный акт, и коррекции их поведения [13]. Но насколько они могут быть использованы для прогнозирования ААП у подростков и использования этих данных в целях предупреждения паттернов ААП в корне, не известно [1]. Изучение ААП в целом исходит из основных тенденций клинической психологии и определяется Е. Шнейдманом как «действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью» [14]. Оно включает в себя широкий спектр явлений, таких как социальные нормы поведения, психологические аспекты и проблемы социализации детей и подростков, проблемы половой идентичности, адаптации и саморегуляции, а также различные виды социальных патологий, проблемы людей с посттравматическими стрессовыми расстройствами и агрессивным поведением [10].

А.А. Реан, который является одним из представителей социально-психологического подхода, в результате исследования агрессии подтвердил сложность феномена аутоагрессии и ввел понятие «аутоагрессивный паттерн личности» [11]. Он считал, что аутоагрессия представляет собой не просто изолированную личностную черту, конкретную особенность, но и выступает сложным личностным комплексом, который функционирует

на различных уровнях. В структуре аутоагрессивного паттерна личности, как показывают результаты исследований, могут быть выделены следующие субблоки: характерологический субблокаутоагрессивного паттерна, самооценочный субблок, интерактивный субблок, социально-перцептивный субблок [11]. По результатам исследования А.А. Реан констатировал, что аутоагрессия не коррелирует ни с какими другими шкалами агрессии, за исключением положительной корреляции со шкалой «обида», что еще раз подчеркнуло особенность феномена аутоагрессии в центре общей проблематики психологии агрессии и подтвердило связь между агрессией и аутоагрессией [11].

Резюмируя выше сказанное, мы считаем целесообразным рассматривать проблему ААП на основе комплексного подхода, учитывая как личностные характеристики личности (такие как самооценка, застенчивость и др.), так и социальные факторы, прежде всего особенности воспитания человека в семье. Согласно комплексному подходу, ААП рассматриваем как обусловленное потерей смысла жизни, неумением выразить свою агрессию внешне, неуспеваемостью межличностного взаимодействия в микросоциуме, дихотомическим мышлением, наличием ригидных когнитивных схем, заниженной самооценкой, чувством одиночества, вины и обиды [8]. Дети с тревогой, депрессией, расстройствами пищевого поведения, пограничными расстройствами личности и посттравматическим стрессовым расстройством подвержены риску самоповреждения, в связи с чем необходимо проведение процедуры опробования комплексной программы когнитивной терапии в разрезе преодоления аутоагрессивных паттернов поведения [6].

Специфическое направление когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) представляет схема-терапия, которая была разработана в конце прошлого века американским психотерапевтом J.E. Young [18]. В этой модели схемы являются внутренними тематическими конструктами, которые отражают и организуют знания, прежде всего о себе, и человеческие отношения, приобретенные в результате жизненного опыта, в частности раннего детства. Они отвечают тому, что в теории привязанности J. Bowlby называют внутренними рабочими моделями, и эти конструкты составляют структуру личности человека и проявляются в сфере чувств, мыслей, поведения, телесно-двигательных паттернов [15].

Тренинг развития когнитивных навыков, направленных на преодоление аутоагрессивных паттернов поведения в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, необходим, когда решение проблем требует умений,

отсутствующих в поведенческом репертуаре индивида, т. е. когда даже в идеальных условиях (поведению не мешают страхи, конфликтующие мотивы, нереалистичные представления и т.п.) индивид не может продемонстрировать необходимое поведение [2].

Цель работы: оценить эффективность разработанной и опробованной программы когнитивной терапии в разрезе преодоления аутоагрессивных паттернов поведения в подростковом возрасте.

Методики и организация исследования

Нами было проведено исследование на базе РГПУ им. А.И. Герцена, в котором приняли участие 30 подростков в возрасте от 12 до 18 лет с диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (F60.31)», из них 63 % девушек (средний возраст $15,4 \pm 1,8$ лет) и 37 % юношей (средний возраст $16,3 \pm 1,7$ лет). При выборе методов исследования мы принимали во внимание тот факт, что формы ААП подростков, которые проявляются при пограничном расстройстве личности (ПРЛ), являются комплексным явлением, которое состоит из ряда нарушений на социальном и психологическом уровнях. В исследовании были использованы следующие методики [4].

1. Методика «Определение склонности к отклоняющемуся поведению» (авт. А.Н. Орел). СОП является стандартизированным тест-опросником, предназначенным для измерения готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения.

2. Общий показатель направленности агрессии на себя диагностировали с помощью Шкалы аутоагрессии опросника «Ауто- и гетероагрессия» Е. Илина. Методика позволяет судить о том, какой вид агрессии более выражен у подростка: гетеро- или аутоагрессия.

3. Я-структурный тест Аммона (Ich-Struktur-Test nach Ammon, ISTA), позволяющая целостно оценить структуру личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных аспектов.

4. «Индекс жизненного стиля» (Клубова Е.Б., Plutchik R.). Опросник предназначен для диагностики механизмов психологической защиты «Я».

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17 © SPSS Inc. (2009).

Результаты и их обсуждение

Направление тренинга было разбито на два этапа. Первый этап был ориентирован на понимание подростком самого себя, собственных заблуждений и стереотипов поведения и мышления, а также на формирование более эффективных паттернов поведения, системы ценностей и овладения адекватными способами выражения агрессии. Второй этап был направлен на снижение тревожности и поэтому включал в себя различные приемы ауторелаксации (дыхательные упражнения, аутотренинг и т. д.).

На каждом из этапов, кроме указанных форм и методов работы, использовали мини-лекции диалогического характера, в которых информация подавалась таким образом, чтобы активизировать мотивацию к дальнейшей работе, расширять сферу представлений и знаний подростков относительно содержания и особенностей ААП. Использовали упражнения в виде ролевых игр, когда, например, происходит создание критической ситуации, из которой нужно найти выход. Программа тренинга была рассчитана на 75 часов и состояла из четырех взаимосвязанных модулей: подготовительный, «Адекватные способы выражения агрессии», «Жизненные ценности и смысл жизни» и «Навыки ассертивного поведения». В рамках тренинга было предусмотрено использование методов индивидуальной самостоятельной работы подростка, в частности домашних и индивидуальных заданий, которые подростки выполняют в течение тренинга с последующим обсуждением их результатов.

С целью оценки эффективности работы по проведению психологической коррекции проведен сравнительный анализ результатов исследования до и после проведения программы.

Обобщенные результаты повторной диагностики испытуемых с помощью методики «СОП» представлены в табл. 1.

Выраженная склонность подростков и особенно юношей к аддиктивному поведению значительно снизилась ($8,36 \pm 1,03$ у юношей, $p \leq 0,001$ и $7,16 \pm 1,54$ у девушек, $p \leq 0,001$), впрочем, как и склонность к преодолению норм и правил ($7,09 \pm 1,3$ у юношей, $p \leq 0,001$ и $2,89 \pm 0,81$ у девушек, $p \geq 0,05$). Отмечено также снижение уровня их склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению ($6,91 \pm 1,64$, $p \leq 0,001$ у юношей и $7,79 \pm 1,65$, $p \leq 0,001$ у девушек). По остальным шкалам показатели по-прежнему не превышали нормативных значений, либо полученное превышение нормативного показателя было статистически незначимо.

Таблица 1

Результаты диагностики склонности к отклоняющемуся поведению у подростков с ПРЛ до и после формирующего этапа, $M \pm m$

Шкала	Юноши (n = 11)		p (M1-M2)	Девушки (n = 19)		p (M1-M2)
	до	после		до	после	
Установка на социально желательные ответы	2,36 ± 1,04	2,09 ± 0,54	≥ 0,05	2,16 ± 1,17	1,89 ± 0,88	≥ 0,05
Склонность к преодолению норм и правил	9,18 ± 3,37	7,09 ± 1,3	≤ 0,001	2,89 ± 0,81	2,89 ± 0,81	≥ 0,05
Склонность к аддиктивному поведению	15,0 ± 3,24	8,36 ± 1,03	≤ 0,001	12,95 ± 2,72	7,16 ± 1,54	≤ 0,001
Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	15,73 ± 3,07	6,91 ± 1,64	≤ 0,001	14,0 ± 2,24	7,79 ± 1,65	≤ 0,001
Склонность к агрессии и насилию	9,55 ± 3,96	7,82 ± 1,33	≤ 0,001	2,42 ± 1,61	2,32 ± 1,34	≥ 0,05
Волевой контроль эмоциональных реакций	16,64 ± 3,23	10,82 ± 0,87	≤ 0,001	16,16 ± 2,95	10,84 ± 1,42	≤ 0,001
Склонность к делинквентному поведению	8,64 ± 3,13	5,64 ± 1,29	≤ 0,001	3,0 ± 1,63	2,63 ± 1,54	≥ 0,05

Общий показатель направленности агрессии на себя диагностировали с помощью Шкалы аутоагрессии опросника «Ауто- и гетероагрессия» Е. Илина. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Особенности проявления аутоагрессии и гетероагрессии у подростков с ПРЛ
до и после формирующего этапа, $M \pm m$

Шкала	Общий балл (n = 30)		Юноши (n = 11)		Девушки (n = 19)	
	до	после	до	после	до	после
Ауто-агрессия	6,07 ± 1,31	4,93 ± 1,31	5,09 ± 1,52	3,91 ± 1,3	6,63 ± 1,44	5,53 ± 1,16
p (M1-M2)	≤ 0,001*		≥ 0,05		≤ 0,001*	
Гетеро-агрессия	4,5 ± 1,83	3,9 ± 1,49	6,64 ± 1,94	5,55 ± 0,82	3,26 ± 0,85	2,95 ± 1,13
p (M1-M2)	≤ 0,001*		≤ 0,001*		≥ 0,05	

Как следует из данных, приведенных в табл. 2, среди подростков мужского пола больше выражены показатели гетероагрессии, чем аутоагрессии. Так, средний балл склонности к гетероагрессии у них составляет $5,55 \pm 0,82$ (констатирующий этап – $6,64 \pm 1,94$ балла, $p \leq 0,001$), тогда как средний балл аутоагрессии – $2,95 \pm 1,13$ (констатирующий этап – $5,09 \pm 1,52$ балла, $p \geq 0,05$). Среди девушек, наоборот, больше выражены показатели аутоагрессии, чем гетероагрессии. Так, средний балл склонности к гетероагрессии у них составляет $3,26 \pm 0,85$ (констатирующий этап – $3,26 \pm 0,85$ балла, $p \geq 0,05$), тогда как средний балл аутоагрессии – $5,53 \pm 1,16$ (констатирующий этап – $6,63 \pm 1,44$ балла, $p \leq 0,001$). В среднем по выборке подростков снижен как показатель аутоагрессии, который составил $4,93 \pm 1,31$ (констатирующий этап – $6,07 \pm 1,31$ балла, $p \leq 0,001$), так и средний балл склонности к гетероагрессии, который составил $3,9 \pm 1,49$ (констатирующий этап – $4,5 \pm 1,83$ балла, $p \leq 0,001$).

На следующем этапе нами был повторно использован Я-структурный тест Аммона. Сравнительные данные приведены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты тестирования подростков с ПРЛ по методике «Я-структурный тест Аммона» до и после формирующего этапа, $M \pm m$

Шкалы, балл	До	После	p
Агрессия конструктивная	8,47 ± 0,94	8,73 ± 0,69	< 0,01
Агрессия деструктивная	6,57 ± 0,63	6,23 ± 0,68	
Агрессия дефицитарная	5,27 ± 0,91	4,5 ± 0,57	< 0,001
Страх конструктивный	7,63 ± 0,81	7,77 ± 0,77	
Страх деструктивный	3,33 ± 0,8	3,13 ± 0,78	
Страх дефицитарный	4,9 ± 0,71	4,33 ± 0,61	< 0,001

Шкалы, балл	До	После	p
Внешнее Я-отграничение конструктивное	7,33 ± 0,92	7,4 ± 0,93	
Внешнее Я-отграничение деструктивное	5,37 ± 0,76	4,47 ± 0,57	< 0,001
Внешнее Я-отграничение дефицитарное	5,53 ± 0,78	7,03 ± 0,89	< 0,001
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	8,23 ± 0,77	8,53 ± 0,57	< 0,01
Внутреннее Я-отграничение деструктивное	5,43 ± 0,77	4,1 ± 0,88	< 0,001
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	6,23 ± 0,9	6,67 ± 0,61	< 0,01
Нарциссизм конструктивный	7,17 ± 0,83	7,6 ± 0,67	< 0,001
Нарциссизм деструктивный	5,2 ± 0,81	4,07 ± 0,69	< 0,001
Нарциссизм дефицитарный	5,0 ± 0,74	2,9 ± 0,92	< 0,001
Сексуальность конструктивная	7,0 ± 1,11	7,73 ± 0,78	< 0,001
Сексуальность деструктивная	4,57 ± 0,9	4,43 ± 0,63	< 0,001
Сексуальность дефицитарная	3,7 ± 0,84	3,33 ± 0,76	< 0,001

Полученные данные свидетельствуют о том, что в структуре личности подростков с ААП при ПРЛ стали преобладать конструктивные выражения гуманфункций. Подростки обнаруживают достоверно более высокий уровень конструктивной агрессии. Одновременно у подростков наблюдается надежно более низкий уровень дефицитарной ($p < 0,01$) и деструктивной ($p \geq 0,05$) агрессии. Гуманфункция страха у подростков с ААП характеризуется ее нормализацией в сторону конструктивности при снижении показателя деструктивного ($p \geq 0,05$) и дефицитарного ($p < 0,001$) выражения страха.

Границы Я у подростков после проведения тренинга характеризуются достоверно более высоким конструктивным выражением наружного и внутреннего отграничения, отмечается преобладание уровня конструктивного нарциссизма ($p < 0,01$) при снижении уровня его деструктивности ($p < 0,001$) и дефицитарности ($p < 0,001$). У подростков выявлен достоверно более высокий уровень конструктивной сексуальности в сравнении с констатирующим этапом исследования ($7,73 \pm 0,78$ против $7,0 \pm 1,11$; $p < 0,001$) при снижении показателей уровня дефицитарного и деструктивного выражения сексуальной Я-функции.

Полученные по методике «Индекс жизненного стиля» результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Результаты тестирования подростков с ПРЛ по методике «Индекс жизненного стиля» до и после формирующего этапа,
M ± m

Шкалы	до	после	p
Отрицание	3,83 ± 0,79	3,1 ± 0,8	< 0,01
Вытеснение	2,83 ± 0,79	2,57 ± 0,68	< 0,001
Регрессия	7,03 ± 0,96	4,73 ± 0,74	< 0,001
Компенсация	6,03 ± 0,81	4,2 ± 0,66	< 0,001
Проекция	7,33 ± 1,35	4,97 ± 0,76	< 0,001
Замещение	4,1 ± 1,37	2,57 ± 0,57	< 0,001
Интеллектуализация	4,0 ± 1,14	5,67 ± 1,18	< 0,001
Реактивное образование	4,07 ± 1,26	2,97 ± 1,03	< 0,001

В рамках диагностики среди подростков выявлено изменение показателей по всем предпочитаемым механизмам психологической защиты. Нами определено, что возрос уровень выраженности использования защитного механизма «интеллектуализация».

Заключение

Оценка эффективности программы когнитивной терапии в разрезе преодоления аутоагрессивных паттернов поведения в подростковом возрасте показала позитивные изменения: снижение уровня склонности к ААП, которое выражено в таких показателях и факторах, как: у подростков значительно снизились показатели гетероагрессии и аутоагрессии, снизился уровень склонности к аддиктивному, самоповреждающему и саморазрушающему поведению, сбалансированным волевым контролем эмоциональных реакций, снижением склонности к делинквентному поведению, что напрямую связано со снижением проявлений депрессии, тревоги, фобий и т. п. Подростки в меньшей степени склонны к использованию стратегии отрицания, регрессии, компенсации, проекции и замещения, тогда как возрос уровень выраженности использования защитного механизма «интеллектуализация».

Литература

1. Алёхин А.Н. Психические расстройства в практике психолога. – СПб.: Сенсор, 2009. – С. 82–84.
2. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. – СПб.: Питер. – 2019. – 447 с.
3. Бруг А.В. Клинико-психологическое исследование подростков с реци-

дивами суицидных попыток : дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2008. – 176 с.

4. Вальздорф Е.В. Значимость использования экспериментально-психологических методов исследования для выявления личностных особенностей и приверженности подэкспертных к совершению аутоагрессивных актов // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 3. – С. 5–8.

5. Дворникова И.Н., Куренкова Е.В. Особенности аутоагрессивного поведения подростков в современном обществе // Молодой ученый. – 2014. – № 21 (1). – С. 86–88.

6. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. – М.: Академия, 2008. – С. 128–132.

7. Ипатов А.В. Подросток: от саморазрушения к саморазвитию. Программа психологической помощи: монография. – СПб.: Речь, 2011. – С. 86–89.

8. Исагулова Е.Ю., Алёхин А.Н. Суицидальное поведение в подростковом возрасте: проблема и факторы возникновения // Вестн. психотерапии. – 2020. – № 73 (78). – С. 127–140.

9. Конева О.Б. Социально-психологическая дезадаптация личности // Вестник ВАК ГОУ ВПО ЧелГУ. – Серия: Философия. Социология. Культурология. – 2012. – № 19 (273). – Вып. № 26. – С. 75–79.

10. Лактионова А.И. Жизнеспособность и социальная адаптация подростков. – М.: Институт психологии РАН, 2017. – С. 128–129.

11. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности: монография. – СПб., 1996. – С. 47–52.

12. Селигман М. Как научиться оптимизму: Измените взгляд на мир и свою жизнь. – М.: Альпина Паблишер, 2013. – С. 218–221.

13. Шаповал И.А. Психология дисгармонического дизонтогенеза. Расстройства личности и акцентуации характера : учеб. пособие. – М.: ФЛИНТА, 2016. – С. 36–39.

14. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – С. 278–282.

15. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. New York: Basic Books, 1980. – P. 79–82.

16. Nock M.K. Self-injury // Annual Review of Clinical Psychology. – 2010. – Vol. 6. – P. 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>.

17. Stanford S., Jones M.P. Psychological subtype detects pathological, impulsive and «normal» groups among adolescents who self-harm // Child psychology Psychiatry. – 2009. – N 50. – P. 807–815.

18. Young J. Schema-therapy. – NY.: Guilford Press, 2007. – P. 178–179.

Поступила 13.05.2020

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

Для цитирования. Исагулова Е.Ю., Алёхин А.Н. Оценка эффективности когнитивной терапии в разрезе преодоления аутоагрессивных паттернов поведения в подростковом возрасте // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 30–42.

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE THERAPY IN THE CONTEXT
OF CORRECTION OF AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENCE**

Isagulova E.Yu.¹, Alyohin A.N.²

¹ Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis
(Poryadkovyj per., 21, Moscow, Russia);

² Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen
(Moika embankment, 48, St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Yurievna Isagulova – clinical psychologist, head of the Clinical Center of the Italian Institute of Micropsychoanalysis (Poryadkovyj per., 21, Moscow, 127005, Russia), e-mail: 9477877@gmail.com;

Anatolij Nikolaevich Alyohin – Dr. Med. Sci., prof., head of the department of clinical psychology and psychological assistance, Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen (Moika embankment, 48, St. Petersburg, 191186, Russia), e-mail: termez59@mail.ru.

Abstract. Measures have been developed to reduce the severity of auto-aggressiveness patterns in adolescents, based on the phased use of the cognitive therapy method in the form of development of cognitive skills in order to overcome auto-aggressive patterns, as an integral part of a comprehensive model of psycho-correctional therapy of auto-aggressive behavior in adolescence. As a result of the use of a comprehensive rehabilitation model using psychocorrectional measures aimed at preventing auto-aggressive behavior, a positive dynamics of clinical and psychopathological characteristics in adolescents was revealed.

Key words: adolescence, auto-aggressive behavior, borderline personality disorder, psychocorrection, cognitive therapy.

References

1. Aliohin A.N. Psihicheskie rastroystva v praktike psihologa [Mental disorders in the practice of psychologist]. Sankt-Peterburg. 2009. Pp. 82–84. (In Russ.)
2. Bek A., Frimen A. Kognitivnaya psihoterapiya rasstroystv lichnosti [Cognitive psychotherapy of personality disorders]. Sankt-Peterburg. 2019. 447 p. (In Russ.)
3. Brug A.V. Kliniko-psihologicheskoe issledovanie podrostkov s retsidivami suitsidnih popitok [Clinical-psychological study of teenagers with recurrence of suicidal attempts] : Abstract dissertation PhD. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2008. 176 p. (In Russ.)
4. Val`z Dorf E.V. Znachimost ispolzovaniya experimentalno-psichologicheskikh metodov issledovaniya dlia viyavleniya lichnostnykh osobennostey i priverzennosti podexpertnih k soversheniyu autoagressivnih aktov [Importance of using experimental-psychological methods of research to identify personal features and commitment of subjects to the commission of autoaggressive acts]. *Tyumenskij medicinskij zhurnal* [Tyumen medical journal]. 2014. Vol. 16, N 3. Pp. 5–8. (In Russ.)

5. Dvornikova I.N., Kurenkova E.V. Osobennosti autoagressivnogo povedeniya podrostkov v sovremennom obshestve [Peculiarities of autoaggressive behavior of teenagers in modern society]. *Molodoyucheniy* [Young scientist]. 2014. N 21 (1). Pp. 86–88. (In Russ.)
6. Zvereva N.V., Kazmina O.Yu., Karimulina E.G. Patopsichologia detskogo iyunossheskogo vozrasta [Patopsychology of childhood and youth age]. Moskva. 2008. Pp. 128–132. (In Russ.)
7. Ipatov A.V. Podrostok: ot samorasrushenia k samorasvitiyu. Programma psichologicheskoy pomoschi [Teenager: from self-destruction to self-development. Psychological assistance program]. Sankt-Peterburg. 2011. Pp. 86–89. (In Russ.)
8. Isagulova E.Yu., Alyohin A.N. Suicidalnoe povedenie v podrostkovom vozraste: problema i factory vozniknoveniya [Suicidal behavior in adolescence: a problem and factors of occurrence]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2020. N 73 (78). Pp. 127–140. (In Russ.)
9. Koneva O.B. Sotsialno-psichologicheskaya dezadaptatsiya lichnosti [Social and Psychological Disadaptation of Personality]. *Vestnik VAK GOU VPO ChelGU. Seriya: Filosofiya. Sociologiya. Kulturologiya.* [Journal of VAC GOU VPO ChelSU. Series: Philosophy. Sociology. Culturology.]. 2012. N 19 (273). Vol. N 26. Pp. 75–79. (In Russ.)
10. Laktionova A.I. Ziznesposobnost i sotsialnaya adaptatsiya podrostkov [Vitality and social adaptation of teenagers]. Moskva. 2017. Pp. 128–129. (In Russ.)
11. Rean A.A. Agressiya i agressivnost lichnosti [Aggression and aggressiveness of the person]. Sankt-Peterburg. 1996. Pp. 47–52. (In Russ.)
12. Seligman M. Ka knauchitsya optimizmu: Izmenite vzglyad na mir i svoyu zhizn [How to learn optimism: Change your view of the world and your life]. Moskva. 2013. Pp. 218–221. (In Russ.)
13. Shapoval I.A. Psichologia disgarmonicheskogo disontogeneza. Rastroystva lichnosti i aktsentuatsii haraktera [Psychology of disharmonic dysontogenesis. Personality disorders and character accentuation]. Moskva. 2016. Pp. 36–39. (In Russ.)
14. Shnejdman E. Dusha samoubiytsi [Soul of Suicide]. Moskva. 2001. Pp. 278–282. (In Russ.)
15. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. New York: Basic Books. 1980. Pp. 79–82.
16. Nock M.K. Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010. Vol. 6. Pp. 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>.
17. Stanford S., Jones M.P. Psychological subtype detects pathological, impulsive and «normal» groups among adolescents who self-harm. *Child psychology Psychiatry*. 2009. N 50. Pp. 807–815.
18. Young J. Schema-therapy. NY.: Guilford Press. 2007. Pp. 178–179.

Received 13.05.2020

For citing. Isagulova E.Yu., Alyohin A.N. Ocenka effektivnosti kognitivnoj terapii v razreze preodoleniya autoagressivnyh patternov povedeniya v podrostkovom vozraste. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 30–42. (In Russ.)

Isagulova E.Yu., Alyohin A.N. Evaluation of the effectiveness of cognitive therapy in the context of correction of auto-aggressive behavior in adolescence. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 30–42.

УДК 616.89-008.441.44

А.А. Григорьева

ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПРОГРАММ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО И САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ПРАКТИКЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

В статье дается обзор первичных, вторичных и третичных программ профилактики суицидального и самоповреждающего поведения подростков, применяемых в общеобразовательных школах. Приводятся примеры отечественных и зарубежных программ, использующих разные теоретические и практические подходы: когнитивно-поведенческий, экзистенциальный, логотерапевтический. Рассматривается специфика применения программ профилактики для начальной, средней и старшей школы. Раскрывается содержание «восходящего» подхода в профилактике. Описаны программы, направленные на работу с персоналом общеобразовательных школ, с учащимися разных возрастных групп, с родителями учащихся. Приведены программы вторичной профилактики суицидального поведения, учитывающие коморбидные расстройства подросткового возраста, развивающихся на фоне аутоагрессивных проявлений.

Ключевые слова: профилактика, профилактика, профилактика, суицидальное поведение, самоповреждающее поведение, подростки, общеобразовательные школы.

Профилактика аутоагрессивного поведения является значимым направлением по сохранению физического и психического здоровья подростков. Каждый шестой подросток в возрасте 10–25 лет сообщает о суицидальной идее, возникавшей у него за последний год [10].

Значимую роль в профилактике подростковой аутоагрессии играют общеобразовательные школы. Данный факт связан с тем, что образовательная и воспитательная среда школ обладает большим потенциалом воздей-

✉ Григорьева Александрина Андреевна – канд. психол. наук, ст. науч. сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Россия, 119034, Москва, Кропоткинский пер., д. 23), e-mail: alexandrina_gr@mail.ru.

ствия на личность учащихся и возможностью наблюдать за особенностями развития подростка на протяжении длительного времени.

Профилактика аутоагрессивного поведения в общеобразовательных школах может включать как отдельные меры: выявление групп риска, эпизодические мероприятия, маршрутизацию подростков и их родителей в случаях выявления фактов аутоагрессии в медицинские учреждения, так и комплексные превентивные программы.

Реализация превенции подростковой аутоагрессии в общеобразовательных школах имеет ряд трудностей. Первой важной проблемой является необходимость своевременного выявления подростков групп риска [1]. Однако в школах редко и бессистемно проводятся специализированные психодиагностические мероприятия, направленные на выявление склонности подростков к суицидальному и самоповреждающему поведению. Для многих педагогов затруднительным оказывается определение основных признаков кризисного состояния подростков, что связано с отсутствием специальных компетенций о симптомокомплексах разных видов аутоагрессивного поведения и психических расстройств у подростков. Следует отметить, что данная тема не входит в область профессиональной подготовки специалистов системы образования, включая школьных психологов.

Школьные специалисты нередко вынуждены иметь дело с фактами самоповреждения и признаками суицидального поведения подростков. Вместе с тем, педагоги оказываются не готовы к реагированию на такое поведение, так как не владеют инструментами превенции аутоагрессивного поведения подростков, находящихся в группе риска [11].

Комплекс последовательных, алгоритмизированных психодиагностических и психокоррекционных мероприятий, направленных на предотвращение аутоагрессивных действий подростков, представляют собой профилактические программы. Количество таких программ активно растёт и рассчитано в основном на первичную универсальную профилактику аутоагрессивного поведения подростков 11–18 лет.

Реализуемые в рамках первичных превентивных программ мероприятия имеют, как правило, групповой формат [19] и проводятся в виде психообразовательных лекций, тренингов и семинаров. Вместе с тем, эффективность таких форм в ряде случаев оказывается недостаточной, особенно в отношении программ профилактики суицидального поведения [7, 34].

Вторичная и третичная профилактика в общеобразовательных школах в РФ, ориентированная на подростков с выявленными признаками ау-

тоагрессии, фактически не внедряется. Такое положение дел обусловлено, с одной стороны, недостатком информационных, методических материалов, обобщающих результаты внедрения имеющихся программ превенции в общеобразовательные школы; с другой стороны, недостаточным уровнем подготовки специалистов общеобразовательных школ по проблемам суицидального поведения учащихся и тревогой у специалистов, связанной с ответственностью за жизнь подростков.

Дефицит готовых эффективных алгоритмов реагирования и навигации по разработанным программам превенции самоповреждающего или суицидального поведения подростков во многом приводит к ограничению возможностей реализации первичной, вторичной и третичной превенции в общеобразовательных школах.

Вышесказанное подчеркивает актуальность вопроса повышения осведомленности специалистов общеобразовательных школ в теме превенции суицидального и самоповреждающего поведения подростков. Данный факт, в свою очередь, требует разработки методических материалов и рекомендаций, основанных на анализе имеющегося в отечественной и зарубежной современной практике опыта превенции аутоагрессивного поведения подростков в рамках общеобразовательных школ.

Целью данной работы является теоретический обзор программ профилактики суицидального и самоповреждающего поведения, реализуемых в общеобразовательных школах.

Для достижения поставленной цели проводилось изучение отечественных и зарубежных литературных источников (метаанализы, систематические обзоры, эмпирические данные) по теме «программы превенции суицидального и самоповреждающего поведения в общеобразовательных школах». Поиск информации осуществлялся в электронных базах данных: Google Scholar, PsycINFO, PubMed, eLIBRARY, КиберЛенинка. Проведенный теоретический анализ программ превенции рассматривал содержательные стороны программы (реализуемые задачи, основополагающий подход в применяемой методологии) и не учитывал данные по эффективности анализированных программ ввиду отсутствия в ряде случаев необходимой информации в их описании.

Результаты

Меры превенции аутоагрессивного поведения как в системе общественного здравоохранения, так и в общеобразовательных школах разделены на универсальные, выборочные, целевые программы и соответствующие

уровни профилактики: первичный, вторичный, третичный [8, 16]. В рамках каждого из данных уровней превенции реализуются три вектора работы: 1) с персоналом общеобразовательных школ; 2) с учащимися разных возрастных групп; 3) с родителями учащихся.

В этом обзоре будут рассмотрены отечественные и зарубежные программы превенции суицидального и самоповреждающего поведения для всех образовательных ступеней: начальной, средней и старшей школ, направленные на первичную вторичную и третичную профилактику, адресованные учащимся, их родителям и специалистам общеобразовательных школ.

Для снижения уровня суицидов на популяционном уровне в последние несколько лет использовался подход «восходящей профилактики», реализуемый в общеобразовательных школах [33, 39]. В рамках такого подхода разработаны и внедрены дифференцированные возрастные программы для начальной, средней и старшей школ, ориентированные прежде всего на первичную превенцию аутоагрессивного поведения [33]. При реализации восходящего профилактического подхода в программах учитываются возрастные особенности учащихся разных возрастных периодов: ведущая деятельность, ведущие психические процессы, особенности становления личности.

Так, программы превенции для начальной школы используют игровые методы, направленные на повышение адаптационных механизмов учащихся и снижение агрессивного и деструктивного поведения [38]. Программы превенции для учащихся средней и старшей школ более специализированы и направлены на решение основных подростковых трудностей: взаимодействие со сверстниками и родителями, формирование ценностно-смысловых ориентиров, повышение осведомленности в способах преодоления стрессовых и проблемных ситуаций. Чаще всего данные программы используют методы психологического тренинга.

Большее количество суицидальных программ превенции ориентированы на младший и старший подростковый возраст. Такой факт связан во многом с тем, что в средней школе уровень суицидальных мыслей достигает своего пика и далее продолжает возрастать на протяжении старшей школы [13, 14]. Следует отметить, что специфичных программ превенции, рассчитанных исключительно на среднюю или старшую школу, не существует.

Программы первичной профилактики, адресованные учащимся, являются универсальными и распространяются на всю популяцию подрост-

ков независимо от того, подвержены они риску самоубийства или нет. Большинство существующих программ направлены преимущественно на развитие позитивных поведенческих навыков и оказание эмоциональной поддержки учащимся, имеют короткую продолжительность и основаны на когнитивно-поведенческом подходе и модели, связанной с преодолением стресса.

Для учащихся начальных классов в США была разработана и внедрена программа «Игра в хорошее поведение» (Good Behavior Game, GBG), которая проводилась в классах с учащимися по 10 минут 3 раза в неделю в течение двух лет с увеличивающейся частотой занятий [38]. Программа направлена на усиление адаптационных механизмов и формирование нормативного поведения при помощи ролевой игры. Специфических акцентов, касающихся суицидального и самоповреждающего поведения в программе, не делается. Однако уделяется внимание дезадаптивным формам поведения, проявлениям агрессии и нарушению социальных норм и правил со стороны учащихся данной возрастной категории.

Примером применения подобной программы в России является программа профилактики суицидального поведения для детей и подростков «Мы выбираем жизнь!», построенная по принципу «восходящей профилактики» от 1 до 11 класса [5]. Основными задачами первичной профилактики в начальной школе является развитие эмоциональной сферы, психокоррекция детской застенчивости, волевой сферы, самооценки учащихся. Особое внимание в профилактике суицидального поведения в начальной школе уделяется возрастному интересу к теме смерти.

Для учащихся средней и старшей школы зарубежными авторами разработаны универсальные программы первичной профилактики, такие как программа «Признаки суицида» (Signs of Suicide, SOS) [12]; «Признаки самоповреждения» (The Signs of Self-Injury, SOSI) [28]; «Источники силы» (Sources of Strength, SOS) [40]; краткосрочная программа «Выживание подростков» («Surviving the Teens») [35]; программа профилактики «Желтая лента» (Yellow Ribbon Prevention Program, YRSPP) [18]; «Молодежный курс психического здоровья» («You thaware of mental health», YAM) [37]; программа «Переструктурируй это» («Reframe IT») [21]; «Друзья для жизни» («The Friends for life») [22]. Ряд программ из указанного перечня основан на медицинском подходе в понимании профилактики, то есть рассматривает аутоагрессивное поведение как следствие психических заболеваний. Предлагаемые мероприятия включают образовательный компонент, направленный на повышение осведомленности. Подростков обучают распо-

знаванию признаков и симптомов самоповреждения и суицидального поведения, а также навыкам оказания первичной помощи как себе, так и своим сверстникам. Примерами таких программ являются: «Признаки суицида» (Signsof Suicide, SOS); «Признаки самоповреждения» (The Signsof Self-Injury, SOSI); «Выживание подростков» («Surviving the Teens»); «Молодежный курс психического здоровья» («You thaware of mental health», YAM)). Распространение информационной карты с маршрутизацией подростка в случае необходимости оказания ему помощи применяется как дополнительный инструмент просветительской работы (Yellow Ribbon Prevention Program, YRSPP). Такие информационные карты («Спроси о помощи» (Ask4Help)) предназначены широкой выборке учащихся, независимо от наличия аутоагрессивной симптоматики. Элементы данных программ были адаптированы и для российской выборки подростков, однако широкого распространения не получили.

Важной частью многих отечественных и зарубежных первичных программ является обучение приемам саморегуляции своих аффективных состояний, формированию адаптивных копинг-стратегий (например «Выживание подростков» («Surviving the Teens»), «Мы выбираем жизнь!», «Переструктурируй это» («Reframe IT»), а также на формированию навыков здорового образа жизни и развитие мотивации к нему (например, программа «Все, что тебя касается» [4]). Психообразовательные программы, а также программы обучения навыкам саморегуляции используют когнитивно-поведенческий подход в выборе методологии.

К программам, ориентированным на улучшение навыков социального взаимодействия и помощь в формировании межличностных отношений со сверстниками и родителями, относят такие как: «Друзья для жизни» («The Friends for life»), «Источники силы» (Sourcesof Strength) [29, 40]. В основе таких программ лежит интерперсональная теоретическая модель.

Еще одним вектором программ первичной профилактики является формирование ценностных ориентиров: ценности жизни, ценности здоровья и здорового образа жизни (программа первичной профилактики суицидального поведения подростков, 14–17 лет) «Ценность жизни» [3]; программа по профилактике суицидального поведения у подростков «Доверие» [9], «Моя драгоценная жизнь» [23]. Такие программы реализуют, как правило, экзистенциальные подходы и логотерапию.

Программы вторичной профилактики направлены на помощь, выявление и поддержку учащихся, подверженных риску аутоагрессивных действий. Проводимые мероприятия для подростков рассчитаны, как правило,

на индивидуальный формат работы. Важной задачей вторичной превенции является вовлечение родителей подростков в профилактические и коррекционные мероприятия. В качестве примера можно привести блок программ индивидуальной поддержки подростков (Counsellors Care, Assess, Respond, Empower, C-CARE, Coping and Support Training, CAST), который включает групповые формы работы с их родителями, реализуемыми в образовательных учреждениях (Parents CARE, P-CARE) [30]. В рамках данных программных блоков применяются элементы проблемно-ориентированного подхода. Отечественным аналогом является программа вторичной профилактики и коррекции суицидального поведения подростков, разработанная Э.Л. Дружининой: реализуемые мероприятия ориентированы как на подростков, так и на их родителей. Программа апеллирует к развитию и коррекции ценностно-смысловой сферы подростков с высоким уровнем суицидального риска [2].

Следует отметить, что ряд программ вторичной превенции суицидального поведения учитывает коморбидные расстройства, развивающиеся у подростков на фоне аутоагрессивных проявлений (депрессия, пограничное личностное расстройство и др.). Например, программа интенсивной школьной интервенции для подростков (12–18 лет) с депрессией, имеющих высокий суицидальный риск (The program of Intensive Psychotherapy for Depressed Adolescents with Suicidal Risk, IPT-A-IN) [36]. Отечественным примером аналогичной программы, направленной на профилактику психоэмоциональных трудностей подростков, в частности подростковой тревожности и депрессии, является программа, разработанная А.И. Подольским, О.А. Карабановой и др. [6]. Комплексный подход, используемый в данной программе, учитывает работу, направленную на учащихся, специалистов системы образования и родителей подростков.

Особое внимание в рамках первичной и вторичной профилактики уделяется обучению школьного персонала процедурам скрининга и оценки суицидального поведения, а также кризисному реагированию [15, 31]. Основной подход, используемый в таких программах – психообразование учителей и другого школьного персонала [32, 41]. Навыки, которым обучаются специалисты: выявление учащихся группы риска, оценка признаков подросткового суицида, методы работы в кризисных ситуациях, маршрутизация учащихся к соответствующему специалисту (врачу-психиатру, психологу). Важной частью таких программ является снижение тревожности и повышение уверенности специалистов в реализации превентивной работы [27]. Психообразовательные программы для специалистов носят

краткосрочный характер и рассчитаны на срок от 1 часа до 2 дней. К таким программам относятся: «Вопрос, убеждение, обращение» (Question, Persuade, Refer, QPR) [20] – рассчитана на 90 минут, прикладной тренинг тренировки навыков работы с суицидом (Applied Suicide Intervention Skills Training, ASIST) рассчитан на 14 часов [17], модель «Путь для оказания помощи жизни» (Pathway for Assisting Life, PAL) [32]. Специалисты, проходящие обучение по данным программам, приобретают навыки определения не только факторов риска суицидального и самоповреждающего поведения подростков, но и уникальных защитных факторов, необходимых для создания индивидуального плана безопасного поведения.

Программы третичной профилактики нацелены на учащихся высокого риска с текущей или предшествующей историей суицидального поведения [26]. Поскольку после реализованной суицидальной попытки риск завершения жизни суицидом очень высока, крайне важно, чтобы школа включала в свои планы мероприятия по преодолению кризисных состояний у подростков после совершенной попытки. Такая необходимость связана с тем, что после госпитализации такие учащиеся возвращаются в общеобразовательные школы и нуждаются в рекреационных психологических и педагогических мероприятиях. Так, за рубежом была представлена модель предотвращения кризисов и обеспечения готовности к кризисному реагированию и содействия подросткам в восстановлении (PREVENT for psychological trauma, REAFFIRM physical health and perceptions of security and safety, EVALUATE psychological trauma risk, PROVIDE interventions, RESPOND to psychological needs and EXAMINE the effectiveness of crisis prevention and intervention, PREPaRE), разработанная национальной ассоциацией школьных психологов (National Association of School Psychologists, NASP) [25]. Представленная модель, как и отечественный аналог («Я выбираю жизнь»), включает в себя не только первичную и вторичную, но и третичную превенцию. Так, программа «Я выбираю жизнь» нацелена на выявление подростков группы риска, оповещение родителей в случае выявления, их маршрутизацию в медицинские учреждения, а также психоэмоциональную поддержку таких учащихся со стороны школьного психолога на уровне вторичной превенции. В рамках реализации третичной профилактики программа ставит своей задачей снижение последствий суицидального поведения и предотвращение их повторения. Со стороны психолога общеобразовательного учреждения осуществляются индивидуальные занятия с такими подростками, оказание экстренной первой помощи, улучшение эмоционального климата в школе.

Заключение

Реализация программ школьной превенции суицидального и самоповреждающего поведения – системная многоуровневая работа, включающая два основных направления: 1) неспецифическая профилактика сохранения психического здоровья, целесообразна для начальных классов; 2) специализированная превенция подростковой аутоагрессии в средних и старших.

Профилактика суицидального и самоповреждающего поведения в общеобразовательных школах должна включать не только скрининг, направленный на выявление подростков с аутоагрессией, но также и повторный мониторинг, направленный на оценку динамики состояния подростков при реализации всех ступеней профилактических программ (первичной, вторичной и третичной).

Основную трудность для общеобразовательных школ составляют программы вторичной и третичной школьной превенции, так как школьной администрации необходимо организовывать образовательный процесс с учетом необходимости проведения индивидуальных мероприятий для учащихся группы риска и специального обучения для специалистов школ. Важным аспектом успешного внедрения вторичной и третичной профилактики является адаптация имеющихся программ превенции к ресурсам школьных специалистов, потребностям и проблемам учащихся, а также возможностям родителей подростков.

Литература

1. Григорьева А.А. Выявление риска суицидального поведения у подростков в общеобразовательных школах [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2019. – Т. 7, №. 3 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vyyavlenie-riska-suitsidalnogo-povedeniya-u-podrostkov-v-obsheobrazovatelnyh-shkolah> (дата обращения 25.03.2020).
2. Дружинина Э.Л. Профилактика и коррекция суицидального поведения подростков (анализ реализации авторской программы) [Электронный ресурс] // Теория и практика общественного развития. 2013. – № 8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-i-korreksiya-suitsidalnogo-povedeniya-podrostkov-analiz-realizatsii-avtorskoj-programmy> (дата обращения: 17.04.2020).
3. Зинова Е.Ю. Программа по первичной профилактике суицидального поведения подростков 14–17 лет «Ценность жизни» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.vashpsixolog.ru/preventive-work-of-a-psychologist-in-the-school/130-prevention-of-suicide-suicide/1639-programma-po-pervichnoj-profilaktike-suicidalnogo-povedeniya-podrostkov-14-17-let-lczennost-zhiznir> (дата обращения 05.03.2020).
4. Комплексная внешкольная программа по формированию навыков здорового образа жизни у подростков «Всё, что тебя касается» [Электронный ре-

курс] / Фонд «Здоровье и развитие», 2010. URL: http://www.fzr.ru/programs/vsyo_chno_tebya_kasaetsya.html (дата обращения 01.03.2020).

5. Новолодская Е.Г., Арутюнян Л.М., Дмитриева Н.В. Мы выбираем жизнь! // Начальная школа. – 2010. – №. 12. – С. 54–57.

6. Подольский А.И., Карабанова О.А., Идобаева О.А., Хейманс П. Психоэмоциональное благополучие современных подростков: опыт международного исследования [Электронный ресурс] // Вестник Московского ун-та. Серия 14. Психология. – 2011. – №. 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihoeemotsionalnoe-blagopoluchie-sovremennyh-podrostkov-opyt-mezhdunarodnogo-issledovaniya> (дата обращения 01.03.2020).

7. Польская Н.А. Модели коррекции и профилактики самоповреждающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 110–125. Doi: 10.17759/cpp.20162403007.

8. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Суицидальное поведение у подростков. – СПб.: СпецЛит, 2017. – 366 с.

9. Ращупкина Е.Н., Зенкова И.О. Программа по профилактике суицидального поведения у подростков «Доверие». 2016. URL: https://kopilkaurokov.ru/nachalniyeKlassi/planirovanie/proghramma_dovierii_po_profilaktikie_suitsidal_nogho_poviedeniia_u_podrostkov (дата обращения 03.03.2020).

10. Центры по контролю и профилактике заболеваний [CDC] в веб-системе запросов и отчетности статистики травматизма (WISQARS). 2017. URL: <http://webappa.cdc.gov/cgi-bin/broker.exe> (дата обращения 13.03.2020).

11. Черепанова М.И. Социальные условия и факторы суицидального поведения молодежи // Известия Алтайского государственного университета. – 2010. – № 2–2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-usloviya-i-factory-suitsidalnogo-povedeniya-molodezhi> (дата обращения 13.03.2020).

12. Aseltine Jr R.H., DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program // American Journal of Public Health. – 2004. – Vol. 94, N 3. – P. 446–451.

13. Boyle K.K., Rachala S., Nodzo S.R. Centers for disease control and prevention 2017 guidelines for prevention of surgical site infections: review and relevant recommendations // Current reviews in musculoskeletal medicine. – 2018. – Vol. 11, N 3. – P. 357–369.

14. David-Ferdon C., Crosby A.E., Caine E.D. [et al.] CDC grand rounds: preventing suicide through a comprehensive public health approach // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 2016. – Vol. 65, N 34. – P. 894–897.

15. Debski J., Spadafore C.D., Jacob S. [et al.] Suicide intervention: Training, roles, and knowledge of school psychologists // Psychology in the Schools. – 2007. – Vol. 44, N 2. – P. 157–170.

16. Erbacher T.A., Singer J.B., Poland S. Suicide in schools: A practitioner's guide to multi-level prevention, assessment, intervention, and postvention. – Routledge, 2014. URL: <https://www.preventsuicidepa.org/wp-content/uploads/2017/09/Suicide-in-Schools-Guide-Flyer.pdf> (дата обращения 13.03.2020).

17. Foster C.E., Horwitz A., Thomas A. [et al.] Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents // Children and youth services review. – 2017. – Vol. 81. – P. 321–331.

18. Freedenthal S. Adolescent help-seeking and the yellow ribbon suicide prevention program: An evaluation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. –Vol. 40, N 6. – P. 628–639. doi: 10.1521/suli.2010.40.6.628
19. Green J.M., Wood A.J., Kerfoot M.J. [et al.] Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation // *Bmj*. – 2011. – Vol. 342. – P. d682. URL: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d682.full> (дата обращения 13.03.2020).
20. Hangartner R.B., Totura C.M.W., Labouliere C.D. [et al.] Benchmarking the “Question, Persuade, Refer” program against evaluations of established suicide prevention gatekeeper trainings // *Suicide and Life - Threatening Behavior*. – 2019. – Vol. 49, N. 2. – P. 353–370.
21. Hetrick S.E., Yuen H.P., Bailey E. [et al.] Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial // *Evidence-based mental health*. – 2017. – Vol. 20, N 3. – P. 76–82.
22. Higgins E., O’Sullivan S. “What Works”: systematic review of the “FRIENDS for Life” programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety // *Educational Psychology in Practice*. – 2015. – Vol. 31, N 4. – P. 424–438.
23. Kang K.A. et al. Effects of Logotherapy on Life Respect, Meaning of Life, and Depression of Older School-age Children // *Journal of Korean Academy of Nursing*. – 2013. – Vol. 43, N. 1. URL: <https://europepmc.org/article/med/23563072> (дата обращения 13.03.2020).
24. Kellam S.G., Kim S.-J., Song M.-K., Kim M.-J. The good behavior game and the future of prevention and treatment // *Addiction science & clinical practice*. – 2011. – Vol. 6, N 1. – P. 73. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824>.
25. Kerr M. M., King G. *School crisis prevention and intervention*. – Waveland Press, 2018. – 242 p.
26. Miller D. N., Eckert T. L., Mazza J. J. Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective // *School Psychology Review*. – 2009. – Vol. 38, N 4. – P. 168–188.
27. Minton C. A. B., Pease-Carter C. The status of crisis preparation in counselor education: A national study and content analysis // *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*. – 2011. – Vol. 38, N 2. – P. 5–17.
28. Muehlenkamp J. J., Walsh B. W., McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program // *Journal of Youth and Adolescence*. – 2010. – Vol. 39, N 3. – P. 306-314.
29. Petrova M., Wyman P.A., Schmeelk-Cone K., Pisani A.R. Positive - themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support // *Suicide and Life - Threatening Behavior*. – 2015. – Vol. 45, N 6. – P. 651–663.
30. Randell B. P., Eggert L. L., Pike K. C. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2001. – Vol. 31, N 1. – P. 41–61.

31. Schmitz Jr W.M., Allen M.H., Feldman B.N. [et al.] Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of Suicidology Task Force report addressing serious gaps in US mental health training // *Suicide and Life - Threatening Behavior*. – 2012. – Vol. 42, N 3. – P. 292–304.
32. Shannonhouse L., Lin Y.D., Shaw K. [et al.] Suicide intervention training for college staff: Program evaluation and intervention skill measurement // *Journal of American college health*. – 2017. – Vol. 65, N 7. – P. 450–456.
33. Singer J. B., Erbacher T. A., Rosen P. School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice // *School mental health*. – 2019. – Vol. 11. – N 1. – P. 54–71.
34. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. – 2011. – Vol. 20, N 2. – P. 191–204. doi:10.1016/j.chc.2011.01.012.
35. Strunk C.M. King K.A., Vidourek R.A., Sorter M.T. Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An impact evaluation utilizing a comparison group // *Health Education & Behavior*. – 2014. – Vol. 41, N 6. – P. 605–613.
36. Tang T.C. Jou S.H., Ko C.H. [et al.] Randomized study of school - based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. – 2009. – Vol. 63. – N 4. – P. 463–470.
37. Wasserman C., Postuvan V., Herta D. [et al.] Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience // *PloS one*. – 2018. – Vol. 13, N 2. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5805239/> (дата обращения 15.03.2020).
38. Wilcox H.C., Kellam S.G., Brown C.H. [et al.] The impact of two universal randomized first-and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2008. – Vol. 95. – P. 60–73. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637412/> (дата обращения 15.03.2020).
39. Wyman P.A. Developmental approach to prevent adolescent suicides: Research pathways to effective upstream preventive interventions // *American journal of preventive medicine*. – 2014. – Vol. 47, N 3. – P. S251–S256. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143775/> (дата обращения: 17.03.2020).
40. Wyman P.A. Petrova M., Schmeelk-Cone K. [et al.] A method for assessing implementation success of a peer-led suicide prevention program // *Implementation Science*. – BioMed Central, 2015. – Vol. 10. – N S1. – P. A42. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/1748-5908-10-S1-A42> (дата обращения: 17.03.2020).
41. Wyman P.A., Brown C.H., LoMurray M. [et al.] An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools // *American journal of public health*. – 2010. – Vol. 100. – N 9. – P. 1653–1661.

Поступила 17.04.2020

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

Для цитирования. Григорьева А.А. Обзор отечественных и зарубежных программ превенции суицидального и самоповреждающего поведения, применяемых в практике общеобразовательных школ // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 42–58.

**REVIEW OF DOMESTIC AND FOREIGN PROGRAMS FOR THE PREVENTION
OF SUICIDAL AND SELF-HARMING BEHAVIOR USED IN THE PRACTICE
OF GENERAL EDUCATION SCHOOLS**

Grigoryeva A.A.

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology
(Kropotkinsky per., 25, Moscow, Russia)

✉ Alexandrina Andreevna Grigoryeva – PhD Psychol. Sci., Scientific Research Institute of Narcology, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (Kropotkinsky per., 25, Moscow, 119034, Russia), e-mail: alexandrina_gr@mail.ru.

Abstract. The article provides an overview of primary, secondary and tertiary programs for the prevention of suicidal and self-harming behavior of adolescents used in secondary schools. Examples of domestic and foreign programs that use different theoretical and practical approaches-cognitive behavioral, existential, and Logotherapy-are given. The article considers the specifics of using prevention programs for primary, secondary and high schools. The content of the «bottom-up» approach to prevention is revealed. The article describes programs aimed at working with the staff of secondary schools, with students of different age groups, and with the parents of students. There are programs for secondary prevention of suicidal behavior that take into account comorbid disorders of adolescence that develop against the background of autoaggressive manifestations.

Key words: prevention, prevention, suicidal behavior, self-harming behavior, teenagers, secondary schools.

References

1. Grigorieva A.A. Vyyavlenie riska suicidal'nogo povedeniya u podrostkov v obshcheobrazovatel'nyh shkolah [Identification of the risk of suicidal behavior in adolescents in secondary schools]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptaciya, razvitie* [Personality in the changing world: health, adaptation, development].

2019. Vol. 7. N. 3 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vyyavlenie-riska-suitsidalnogo-povedeniya-u-podrostkov-v-obscheobrazovatelnyh-shkolah> (In Russ.)

2. Druzhinina E.L. Profilaktika i korrekciya suicidal'nogo povedeniya podrostkov (analiz realizacii avtorskoj programmy) [Prevention and correction of suicidal behavior of adolescents (analysis of the implementation of author's programs)]. *Teoriyaipraktikaobshchestvennogorazvitiya* [Theory and practice of social development]. 2013. N 8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-i-korrektsiya-suitsidalnogo-povedeniya-podrostkov-analiz-realizatsii-avtorskoj-programmy> (In Russ.)

3. Zinova E.Yu. Programma po pervichnoj profilaktike suicidal'nogo povedeniya podrostkov 14-17 let «Cennost' zhizni» [Program for primary prevention of suicidal behavior of adolescents 14-17 years of age "Value of life"]. URL: <http://www.vashpsixolog.ru/preventive-work-of-a-psychologist-in-the-school/130-prevention-of-suicide-suicide/1639-programma-po-pervichnoj-profilaktike-suicidalnogo-povedeniya-podrostkov-14-17-let-lczennost-zhiznir> (In Russ.)

4. Kompleksnaya vneshkol'naya programma po formirovaniyu navykov zdorovogo obraza zhizni u podrostkov «Vsyo, chto tebya kasaetsya» [Comprehensive extracurricular program for the formation of healthy lifestyle skills in adolescents "Everything that concerns you"]. Fond «Zdorov'e i razvitie» [Foundation "Health and development"]. 2010. URL: http://www.fzr.ru/programs/vsyo_chto_tebya_kasaetsya.html (In Russ.)

5. Novolodskaya E.G., Harutyunyan L.M., Dmitrieva N.V. My vybiraemzhizn'! [We choose life!]. *Nachal'naya shkola* [Primary school]. 2010. N. 12. Pp. 54–57.

6. Podolsky A., Karabanova O.A., Idobaeva O.A., Xejmans P. Psihoemocional'noe blagopoluchie sovremennyh podrostkov: opyt mezhdunarodnogo issledovaniya [Psychoemotional well-being of modern teenagers: experience of international research]. *VestnikMoskovskogouniversiteta. Seriya 14. Psihologiya*. [Bulletin of Moscow University. Series 14. Psychology]. 2011. N. 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihooemotsionalnoe-blagopoluchie-sovremennyh-podrostkov-opyt-mezhdunarodnogo-issledovaniya> (In Russ.)

7. Polskaya N.A. Modeli korrekcii I profilaktiki samopovrezhdayushchego povedeniya [Models of correction and prevention of self-harming behavior]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya* [Advisory psychology and psychotherapy]. 2016. Vol. 24. N 3. Pp. 110–125. doi: 10.17759/cpp.20162403007 (In Russ.)

8. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Suicidal'noe povedenie u podrostkov [Suicidal behavior in adolescents]. Saint Petersburg, 2017. 366 p. (In Russ.)

9. Raschupkina E.N., Zenkova I. Programma po profilaktike suicidal'nogo povedeniya u podrostkov «Doverie» [Program for the prevention of suicidal behavior in adolescents "Doverie"]. URL: https://kopilkaurokov.ru/nachalniyeKlassi/planirovanie/proprogramma_dovierie_po_profilaktikie_suitsidal_nogho_poviedieniia_u_podrostkov (In Russ.)

10. Centry po kontrolyu i profilaktike zabolevanij [Centers for disease control and prevention] [CDC] *V veb-sisteme zaprosov i otchetnosti statistiki travmatizma (WISQARS)*. [In the web-based injury statistics query and reporting system (WISQARS)]. URL: <http://webappa.cdc.gov/cgi-bin/broker.exe>. 2017. (In Russ.)

11. Cherepanova M.I. Social'nye usloviya i factory suicidal'nogo povedeniya molodezhi [Social conditions and factors of suicidal behavior of youth]. *Izvestiya Altajskogo gosudarstvennogo universiteta* [News of the Altai state University]. 2010, N 2–2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-usloviya-i-factory-suicidalnogo-povedeniya-molodezhi> (In Russ.)
12. Aseltine Jr R.H., DeMartino R. An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health*. 2004. Vol. 94, N 3. Pp. 446–451.
13. Boyle K.K., Rachala S., Nodzo S.R. Centers for disease control and prevention 2017 guidelines for prevention of surgical site infections: review and relevant recommendations. *Current reviews in musculoskeletal medicine*. 2018. Vol. 11, N 3. Pp. 357–369.
14. David-Ferdon C., Crosby A.E., Caine E.D. [et al.] CDC grand rounds: preventing suicide through a comprehensive public health approach. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2016. Vol. 65, N 34. Pp. 894–897.
15. Debski J., Spadafore C.D., Jacob S. [et al.] Suicide intervention: Training, roles, and knowledge of school psychologists. *Psychology in the Schools*. 2007. Vol. 44, N 2. Pp. 157–170.
16. Erbacher T.A., Singer J.B., Poland S. Suicide in schools: A practitioner's guide to multi-level prevention, assessment, intervention, and postvention. – Routledge, 2014. URL: <https://www.preventsuicidepa.org/wp-content/uploads/2017/09/Suicide-in-Schools-Guide-Flyer.pdf>.
17. Foster C.E., Horwitz A., Thomas A. [et al.] Connectedness to family, school, peers, and community in socially vulnerable adolescents. *Children and youth services review*. 2017. Vol. 81. Pp. 321–331.
18. Freedenthal S. Adolescent help-seeking and the yellow ribbon suicide prevention program: An evaluation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 40, N 6. Pp. 628–639. doi: 10.1521/suli.2010.40.6.628.
19. Green J.M., Wood A.J., Kerfoot M.J. [et al.] Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *Bmj*. 2011. Vol. 342. P. d682. URL: <https://www.bmj.com/content/342/bmj.d682.full>.
20. Hangartner R.B., Totura C.M.W., Labouliere C.D. [et al.] Benchmarking the “Question, Persuade, Refer” program against evaluations of established suicide prevention gatekeeper trainings. *Suicide and Life - Threatening Behavior*. 2019. Vol. 49, N 2. Pp. 353–370.
21. Hetrick S.E., Yuen H.P., Bailey E. [et al.] Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with suicide-related behaviour (Reframe-IT): a randomised controlled trial. *Evidence-based mental health*. 2017. Vol. 20, N 3. Pp. 76–82.
22. Higgins E., O’Sullivan S. “What Works”: systematic review of the “FRIENDS for Life” programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety. *Educational Psychology in Practice*. 2015. Vol. 31, N 4. Pp. 424–438.
23. Kang K.A. et al. Effects of Logotherapy on Life Respect, Meaning of Life, and Depression of Older School-age Children. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2013. Vol. 43, N 1. URL: <https://europepmc.org/article/med/23563072>.

24. Kellam S.G., Kim S.-J., Song M.-K., Kim M.-J. The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addiction science & clinical practice*. 2011. Vol. 6, N 1. Pp. 73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188824>.
25. Kerr M. M., King G. School crisis prevention and intervention. *Waveland Press*, 2018. 242 p.
26. Miller D.N., Eckert T.L., Mazza J.J. Suicide prevention programs in the schools: A review and public health perspective. *School Psychology Review*. 2009. Vol. 38, N 4. Pp. 168–188.
27. Minton C.A. B., Pease-Carter C. The status of crisis preparation in counselor education: A national study and content analysis. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*. 2011. Vol.38, N 2. Pp. 5–17.
28. Muehlenkamp J. J., Walsh B.W., McDade M. Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence*. 2010. Vol. 39, N 3. Pp. 306-314.
29. Petrova M., Wyman P.A., Schmeelk-Cone K., Pisani A.R. Positive - themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide and Life - Threatening Behavior*. 2015. Vol. 45, N 6. Pp. 651–663.
30. Randell B.P., Eggert L.L., Pike K.C. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001. Vol. 31. N 1. Pp. 41–61.
31. Schmitz Jr W.M., Allen M.H., Feldman B.N. [et al.] Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of Suicidology Task Force report addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide and Life - Threatening Behavior*. 2012. Vol. 42, N 3. Pp. 292–304.
32. Shannonhouse L., Lin Y.D., Shaw K. [et al.] Suicide intervention training for college staff: Program evaluation and intervention skill measurement. *Journal of American college health*. 2017. Vol. 65, N 7. Pp. 450–456.
33. Singer J. B., Erbacher T. A., Rosen P. School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School mental health*. 2019. Vol. 11, N. 1. Pp. 54–71.
34. Spirito A., Esposito-Smythers C., Wolff J., Uhl K. Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2011. Vol. 20, N 2. Pp. 191–204. doi:10.1016/j.chc.2011.01.012.
35. Strunk C.M., King K.A., Vidourek R.A., Sorter M.T. Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An impact evaluation utilizing a comparison group. *Health Education & Behavior*. 2014. Vol. 41, N 6. Pp. 605–613.
36. Tang T.C., Jou S.H., Ko C.H. [et al.] Randomized study of school - based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009. Vol. 63, N 4. Pp. 463–470.
37. Wasserman C., Postuvan V., Herta D. [et al.] Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PloS one*. 2018. Vol. 13, N 2. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5805239/>

38. Wilcox H.C., Kellam S.G., Brown C.H. [et al.] The impact of two universal randomized first-and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008. Vol. 95. Pp. 60–73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637412/>

39. Wyman P.A. Developmental approach to prevent adolescent suicides: Research pathways to effective upstream preventive interventions. *American journal of preventive medicine*. 2014. Vol. 47, N 3. Pp. S251-S256. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143775/>

40. Wyman P.A., Petrova M., Schmeelk-Cone K. [et al.] A method for assessing implementation success of a peer-led suicide prevention program. *Implementation Science*. BioMed Central, 2015. Vol. 10, N S1. P. A42. URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/1748-5908-10-S1-A42>

41. Wyman P.A., Brown C.H., LoMurray M. [et al.] An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American journal of public health*. 2010. Vol. 100, N 9. Pp. 1653–1661.

Received 17.04.2020

For citing. Grigoreva A.A. Obzor otechestvennyh i zarubezhnyh program prevencii suicidalnogo i samopovrezhdayushhego povedeniya, primenyaemyh v praktike obshheobrazovatelnyh shkol. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 42–58. (**In Russ.**)

Grigoryeva A.A. Review of domestic and foreign programs for the prevention of suicidal and self-harming behavior used in the practice of general education schools. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 42–58.

**ПРОГРАММЫ РЕЗОНАНСНО-АКУСТИЧЕСКИХ КОЛЕБАНИЙ
В ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ
ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ:
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА**

- ¹ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины (Россия, Москва, Земляной Вал, д. 53);
- ² Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, Москва, ул. Тимошенко, д. 15);
- ³ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, Москва, ул. Тимошенко, д. 19).

Целью настоящей работы явилось исследование роли приверженности к лечению в достижении максимальной эффективности использования программно-аппаратного комплекса акустических колебаний (ПРАК) в реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций. На репрезентативной выборке пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии ($n = 56$), проанализирована динамика эмоционального состояния в процессе психокор-

✉ Котельникова Анастасия Владимировна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. отдела мед. реабилитации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru;

Кукшина Анастасия Алексеевна – д-р. мед. наук., вед. науч. сотр. отдела мед. реабилитации, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: kukshina@list.ru;

Тихонова Анастасия Сергеевна – мед. психолог ф-ла № 3 отдела мед. реабилитации, Московский науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 105120, Москва, ул. Земляной Вал, д. 53), e-mail: seyli1992@list.ru;

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог центра реабилитации, Центральная клинич. бол-ца с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации (121359, Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 15); науч. сотр. отдела науч. информации Центральной государственной мед. акад. Управления делами Президента Российской Федерации (Россия, Москва, ул. Маршала Тимошенко, 19), e-mail: mitg71@mail.ru.

реакционных мероприятий. Обоснована целесообразность включения ПРАК в план психологической реабилитации для снижения уровня соматизации, страха движения, улучшения общего самочувствия, при этом оптимальный уровень эмоциональной комплаентности обозначен как предиктор достижения максимальной эффективности. В качестве основной точки приложения превентивных усилий медицинского психолога обозначена работа в отношении чрезмерной тревожности пациентов.

Ключевые слова: бинауральные биения, психокоррекция, нарушение двигательных функций, медицинская реабилитация, эмоциональное состояние, соматизация, кинезиофобия, приверженность к лечению, комплаентность.

Введение

В рамках государственной концепции «Цифровая медицина», разрабатываемой в соответствии с Национальной программой «Цифровая экономика Российской Федерации» (Паспорт национальной программы утверждён решением президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 г.) и Федеральным законом Российской Федерации от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья», в настоящий момент происходит смена технологической парадигмы здравоохранения, в клиническую практику активно внедряются современные интерактивные средства информационно-цифровой реальности. Процесс адаптации к новым условиям предполагает необходимость прояснения функционала специалистов мультидисциплинарной бригады, распределения зон ответственности и границ взаимодействия внутри реабилитационного процесса.

Ввиду существенной временной продолжительности восстановительного периода у пациентов с нарушением двигательных функций эффективность реабилитационных мероприятий зависит, прежде всего, от их собственных усилий, прикладываемых для изменения образа жизни, мотивированной заинтересованности в организации ежедневных тренировок – их приверженности к лечению. В этом смысле преимущество включения так называемых high-tech достижений в реабилитационный процесс, казалось бы, очевидно благодаря компонентам геймофицированности, динамичности и интегративности, возможности полимодальной стимуляции, установления обратной связи в режиме реального времени, а также подбора параметров упражнений под конкретного больного [1, 6]. Может показаться, что панацея наконец найдена, однако в реальной практике клиницисты ежедневно продолжают убеждаться в справедливости приписывае-

мого Парацельсу утверждения о бесполезности врачебного искусства в случае, когда пациент не готов сотрудничать, и неэффективности любого лекарства, если его не принимать. По данным ВОЗ, примерно половина всех больных хроническими заболеваниями не выполняют медицинские рекомендации, в отношении новых назначений этот показатель составляет примерно 20 % случаев, в отношении повторных – 80–85 % случаев [12]. Формирование партисипативности, вовлеченности, пациента в собственную реабилитацию, трансформация пассивной позиции «лечите меня» в активную и осознанную позицию участника процесса «я делаю все, от меня зависящее, чтобы выздороветь», безусловно, является зоной приложения профессиональных возможностей медицинского психолога.

Настоящая работа представляет собой попытку оптимизации реабилитационного маршрута для пациента с двигательными нарушениями после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или на фоне хронически протекающих дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов и позвоночника (ДДЗ) при включении в план психологического сопровождения с использованием современных высокотехнологичных средств на примере программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса ПРАК, который предназначен для проведения индивидуальной коррекции эмоционального состояния методом светозвуковой стимуляции головного мозга. Область применения – психофизиологическая реабилитация методом светозвуковой стимуляции мозга (одобрен Минздравом РФ – Приказ № 4 от 26.11.97 г.) [9]. Основная идея метода заключается в том, чтобы, воздействуя на мозг с определенной звуковой и свето-частотой, изменить текущее состояние работы мозга, добившись в зависимости от поставленных задач расслабляюще-седативного эффекта [13], состояния спокойного бодрствования, повышенной сосредоточенности [4] либо анальгезирующего воздействия [17].

Таким образом, целью настоящей работы является исследование роли приверженности к лечению в достижении максимальной эффективности использования «ПРАК» в реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций.

Материал и методы

Было обследовано 56 пациентов с двигательными нарушениями в результате перенесенного ОНМК ($n = 33$): 18 (54,5 %) женщин и 15 (45,5 %) мужчин в возрасте $60,7 \pm 12,1$ лет, давность инсульта – до 6 месяцев; либо на фоне текущих ДДЗ крупных суставов и позвоночника ($n = 23$): 16

(69,6 %) женщин и 7 (30,4 %) мужчин в возрасте $58,4 \pm 8,6$ лет. Анализ значимости различий по возрасту (с использованием U-критерия Манна–Уитни) и полу (по критерию Фишера) достоверных различий в нозологических группах не зафиксировал ($p > 0,05$), что позволяет в дальнейшем рассматривать совокупную выборку как гомогенную.

Включенные в исследование пациенты получали стандартный курс медицинской реабилитации в соответствии с нозологией двигательных нарушений, имели возможность самостоятельно перемещаться в пределах стационара и обслуживать себя, были когнитивно сохранены. Консультация медицинского психолога назначалась в соответствии с разработанным алгоритмом [8]. Предварительно с респондентами проводилась беседа, из которой они могли узнать о целях и задачах исследования, подписывали добровольное информированное согласие. Критериями невключения являлись наличие судорожной готовности в постинсультном периоде или расстройств психотического спектра; критериями исключения – отказ от участия в исследовании либо ухудшение состояния, требующее консультации психиатра или психотерапевта.

За время пребывания в стационаре в рамках курса психологической коррекции каждый пациент получил не менее восьми процедур с использованием ПРАК длительностью тридцать минут каждая, один раз в день (при этом первые три процедуры, приходящиеся на адаптационный период, проводились ежедневно, три дня подряд, далее, возможно было проведение процедур через день). Согласно рекомендациям производителя, отражающим коррекционные возможности методики при двигательных расстройствах, нарушениях сна, невротических расстройствах, режим работы прибора устанавливался на расслабляющий вариант по программе «релаксация» [9]. Процедура проводилась в затемненной комнате, без посторонних шумов, предварительно проводился разъясняющий инструктаж и подбор удобной для прослушивания позы и переносимого уровня громкости звуковоспроизводящих устройств как основного звукового ряда, так и музыки, сопровождавшей видеоряд.

Характеристики эмоционального состояния испытуемых, динамика которых отражает эффективность психокоррекционного сопровождения, были измерены дважды: до и после экспериментального воздействия, то есть в начале пребывания в стационаре и непосредственно перед выпиской. Были использованы Визуальная Аналоговая шкала оценки самочувствия [16]; шкала соматизации психодиагностического опросника SCL-90-R, измеряющая дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции

как соматического эквивалента тревожности [11]; психодиагностический опросник «Шкала Тампа», предназначенный для оценки выраженности различных составляющих кинезиофобии, то есть страха движения [5]. «Шкала Тампа» состоит из 17 вопросов, итоговые результаты включают в себя данные по двум шкалам: «Физическая составляющая кинезиофобии» (отражает опыт взаимодействия с реальной болью) и «Психологическая составляющая кинезиофобии» (соотносится с представлениями пациента о том, что его заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему). Кроме того, использовалась разработанная для реализации задач исследования анкета оценки эмоциональной лабильности, состоящая из трех вопросов, касающихся эмоционального состояния пациента, с предложенными вариантами ответов. В зависимости от выбора испытуемого при обсчете присваивалось определенное количество баллов (от 1 до 4), общий показатель суммировался. Максимальное количество баллов, которое может быть набрано по результатам заполнения анкеты – 12, минимальное – 3, в связи с чем при интерпретации данных эмоциональная лабильность, располагающаяся в диапазоне от 3 до 5 баллов включительно расценивалась, как низкая; от 6 до 9 баллов включительно – как средняя; от 10 баллов и выше – как высокая.

Приверженность к лечению измерялась однократно, перед началом эксперимента, с помощью психодиагностического опросника «Уровень комплаентности» предполагающим трехфакторную структуру феномена: социальная (обусловленная ориентацией на социальное одобрение), эмоциональная (формирующаяся ввиду повышенной впечатлительности и чувствительности) и поведенческая (направленная на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие) приверженности к лечению [3]. В соответствии с этим опросник включает в себя три шкалы:

- социальная комплаентность – отражает стремление больного быть приверженным к лечению ввиду выраженной ориентации на получение социального одобрения от значимых лиц (врачей, родственников),
- эмоциональная комплаентность – отражает стремление больного быть приверженным к лечению ввиду повышенной впечатлительности и чувствительности,
- поведенческая комплаентность – отражает стремление больного быть приверженным к лечению ввиду того, что болезнь воспринимается им как препятствие в жизни.

Математико-статистическая обработка и анализ данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0» и включала в себя оценку со-

ответствия эмпирического распределения данных нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова–Смирнова, анализ достоверности сдвига для связанных выборок по Т-критерию Вилкоксона, анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для несвязанных групп по U-критерию Манна–Уитни, для связанных групп – по Н-критерию Крускала–Уоллиса, анализ различий в пропорциональной представленности бинарного признака в исследовательских группах по критериям Фишера, кластерный анализ по методу К-средних. Выявленные закономерности считались достоверными при достижении уровня статистической значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Поскольку оценка соответствия эмпирического распределения данных нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова–Смирнова зафиксировала достоверные отличия ($p \leq 0,05$), для дальнейшего анализа были использованы непараметрические статистические критерии, а в качестве данных описательной статистики применялись медианные величины и значения квартильного интервала.

На первом этапе работы исследовалась эффективность психокоррекционных мероприятий с использованием ПРАК для стабилизации эмоционального состояния пациентов. Использовался анализ значимости различий в уровне выраженности характеристик эмоционального состояния до и после проведения психокоррекции по Т-критерию Вилкоксона. Результаты, отражающие динамику эмоционального состояния, представлены в табл. 1.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, в результате проведения психокоррекционных мероприятий была зафиксирована статистически достоверная положительная динамика всех характеристик эмоционального состояния пациентов ($p \leq 0,05$). У пациентов улучшилось субъективное ощущение самочувствия, по данным ВАШ ($p = 0,0001$), уменьшились проявления эмоциональной лабильности ($p = 0,001$), снизился уровень соматизации тревожных переживаний ($p = 0,0000$), что, по литературным данным, составляет ведущую характеристику эмоционального состояния изучаемой когорты больных [7]. При этом, если сравнивать показатели выраженности данной характеристики с условно нормативными данными [11], которые составляют $0,69 \pm 0,65$, критерий χ^2 фиксирует достоверное превышение ($p = 0,0000$) выраженности соматизации у пациентов с нарушением двигательных функций до и не фиксирует такового ($p = 0,43$) после окончания реабилитации – таким образом, видно, что в результате про-

ведения реабилитационных мероприятий эмоциональное состояние обследованных в целом соответствует популяционной норме.

Таблица 1

Анализ значимости различий в уровне выраженности характеристик эмоционального состояния пациентов до и после проведения психокоррекции (med и квартильный интервал, баллы)

Характеристики эмоционального состояния	До	После	p
Соматизация	1,1 (0,75–1,75)	0,67 (0,50–1,1)	0,0000
Самочувствие (ВАШ)	60,0 (50,0–80,0)	75,0 (57,5–82,5)	0,0001
Общая кинезиофобия	41,0 (38,5–44,5)	37,0 (31,0–44,0)	0,0005
Психологическая составляющая кинезиофобии	13,0 (11,5–15,0)	11,0 (9,0–13,5)	0,0004
Физическая составляющая кинезиофобии	28,0 (26,0–30,0)	26,0 (22,0–30,0)	0,01
Эмоциональная лабильность	6,0 (4,0–7,0)	5,0 (4,0–7,0)	0,001

Представляется существенным особо остановиться на анализе положительной динамики такой характеристики эмоционального состояния, как кинезиофобия, поскольку страх движения (кинезиофобия) является специфической психологической характеристикой данного контингента больных вне зависимости от нозологии двигательных нарушений и является важным фактором, определяющим возможности социально-психологической реабилитации [2], специфической мишенью психокоррекционного воздействия.

В литературе есть данные о том, что страх движения, сохраняющийся в отдаленном периоде заболевания, в отличие от нормативных реакций на перенесенный стресс – например, после острого сердечного приступа или травмы, должен рассматриваться как особенность постоянного или временного характера, которая существенно снижает эффективность реабилитационных программ и качество жизни пациентов [14, 15]. Коррекционная работа медицинского психолога в данном случае возможна, прежде всего, в отношении психологической составляющей кинезиофобии, или вторичной выгоды от заболевания, отражающей убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Показатели по этой шкале означают различную степень выра-

женности в жизни пациента неосознаваемых «бонусов» от пребывания в позиции болеющего. Это своеобразный «уход в болезнь», когда человек только таким образом может получить возможность удовлетворить свою потребность во внимании, любви и заботе со стороны близких либо избежать ощущения бессилия и беспомощности при необходимости разрешения серьезных внешних и внутриспсихических конфликтов и противоречий. Психологическая составляющая кинезиофобии предполагает также наличие гипернозогнозического, тревожно-мнительного типа реагирования на болезнь, для которого характерна яркая, преувеличенная эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, преувеличение тяжести заболевания, заниженная модель ожидаемых результатов лечения, отсутствие осознанной мотивации к ответственному включению в процесс реабилитации [5]. При выявлении физической составляющей кинезиофобии различной степени выраженности особенно необходимо взаимодействие сотрудников мультидисциплинарной бригады. Информационно-разъяснительная работа и рекомендации по преодолению боли в такой ситуации должны исходить не только от психолога и психотерапевта, но и от других специалистов: инструктора лечебной физкультуры, врача-реабилитолога. Клинические наблюдения показывают, что происхождение кинезиофобических реакций у обследованных пациентов источником своим имеют опыт реального взаимодействия с физической болью в случае дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов и позвоночника и травматический опыт потери контроля, опоры, ощущение бессилия в случае перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Таким образом, выявленная положительная динамика как физической, так и психологической составляющих кинезиофобии в результате психокоррекционных мероприятий с использованием ПРАК обосновывает целесообразность включения программно-аппаратного комплекса в план психологической реабилитации в качестве инструмента, оптимизирующего процесс.

На втором этапе работы исследовался вклад приверженности к лечению в достижение максимальной эффективности психокоррекции с использованием ПРАК у пациентов с нарушением двигательных функций в процессе медицинской реабилитации.

Анализ значимости различий в уровне выраженности различных составляющих приверженности к лечению, по данным психодиагностического опросника «Уровень комплаентности», в сопоставлении с нозологией двигательных нарушений достоверных различий не зафиксировал. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Уровень выраженности приверженности к лечению в сопоставлении с нозологией двигательных нарушений (med и квартильный интервал, баллы)

Нозологические группы	Комплаентность			
	Общая	Социальная	Эмоциональная	Поведенческая
ОНМК (n = 33)	90,0 (77,0–99,0)	29,0 (25,0–32,0)	31,0 (28,0–34,0)	30,0 (25,0–33,0)
ДДЗ (n = 23)	85,0 (79,0–96,0)	28,0 (25,0–31,0)	29,0 (27,0–33,0)	28,0 (25,0–31,0)
p	0,35	0,54	0,36	0,22

Представленные в табл. 2 результаты явились основанием для дальнейшего проведения анализа без учета нозологической составляющей (n = 56). При этом, если ориентироваться на предложенные разработчиками методики «Уровень комплаентности» [3] нормативные данные (от 0 до 15 баллов по шкалам опросника – не выраженный показатель комплаентного поведения, от 16 до 29 баллов – средне-выраженный, от 30 до 40 баллов – значительно выраженный; от 0 до 40 – по суммарному показателю общей комплаентности – низкий уровень, от 41 до 80 – средний, от 81 до 120 – высокий), становится видно, что обследованная когорта пациентов с точки зрения личностных препозиций в отношении лечения (настрой на реабилитацию, мотивированность и заинтересованность в сотрудничестве с врачом) в целом может быть охарактеризована как высоко комплаентная. Как видно из данных, представленных в таблице 2, большинство показателей с учетом квартильного размаха, находятся на границе средних и высоких значений, при этом в общей выборке обследованных пациентов высокий уровень общей приверженности регистрируется в 68,0 % случаев, средний – в 32,0 %, низкий уровень не зафиксирован. Графическая иллюстрация описанного результата в отношении интегрального показателя комплаентности представлена на рисунке.

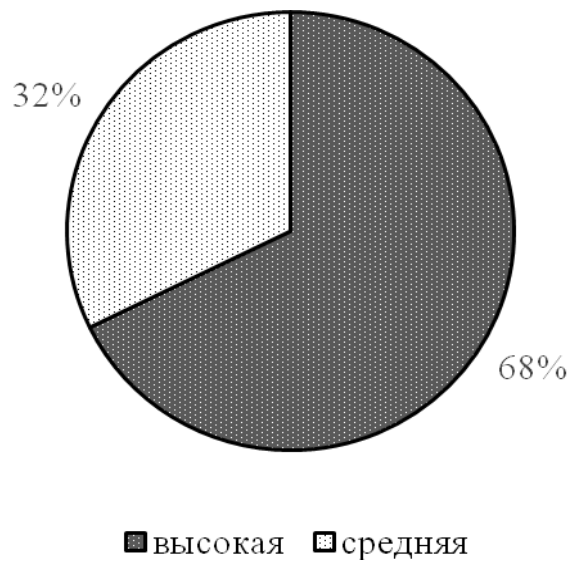


Рис. Уровень приверженности к лечению у пациентов с нарушениями двигательных функций

Высокие баллы, полученные в ходе диагностики с помощью опросника (общая комплаентность), указывают на специфическое отношение человека к предлагаемому врачом лечению. Для такого пациента характерно стремление вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, быть зависимым от него. Он озабочен впечатлением, которое производит на окружающих, в частности на врача, воспринимаемого им как значимое лицо. В результате больной стремится беспрекословно выполнять рекомендации, советуется с врачом по поводу беспокойств и сомнений, возникающих в процессе лечения. Такой больной часто обеспокоен тем, что способен обременить кого-то лишними заботами из-за своей болезни. Он впечатлителен, импульсивен, чувствителен. Для него картина мира представлена таким образом, что если дело доходит до врача, то «это уже серьезно!». Он всячески готов способствовать процессу лечения, так как это приобретает для него истинную значимость. Он склонен излишне беспокоиться о последствиях или о возможных неудачах лечения, при этом своим долгом считает проконсультироваться с лечащим врачом и оповестить его о всех своих переживаниях.

Следует отметить, что преобладающие в большинстве случаев у обследованной когорты пациентов высокие показатели комплаентности свидетельствуют в целом о положительной мотивационной включенности, готовности и заинтересованности пациентов в лечении, однако в ряде случаев специалисты мультидисциплинарной реабилитационной бригады могут столкнуться со специфическим поведением пациента, обусловленном его

чрезмерной мотивированностью, ориентацией на немедленный результат, тревожностью, дезорганизующей поведением и парадоксальным образом снижающей приверженность к лечению.

Для дальнейшего анализа приверженности как предиктора достижения максимальной эффективности психокоррекционных мероприятий с использованием ПРАК была введена дополнительная переменная «уровень сдвига», отражающая количественные изменения показателей-характеристик эмоционального состояния пациентов, рассчитанная как разница между результатами психодиагностического обследования до и после начала психокоррекции. С опорой на вновь введенную переменную использовался метод контрастных групп: были выделены две крайние группы [10], имея в виду минимальную и максимальную степень выраженности упомянутого сдвига показателей и, соответственно, эффективности проведенного курса реабилитации. Учитывая многофакторную структуру данных, для выделения контрастных групп был использован кластерный анализ по методу К-средних с разбивкой на три группы: минимальной, средней и максимальной степенью выраженности сдвига в характеристиках эмоционального состояния. Процедура дисперсионного анализа, встроенная в процедуру кластерного в программном пакете «Статистика 10.0» и отражающая достоверность выполненной классификации, показала, что в образовании кластеров ведущую роль играют данные, полученные по методике ВАШ (значение статистики F для этой переменной достоверно на уровне $p = 0,0000$ в противоположность остальным переменным, вошедшим в анализ, для которых уровень статистической достоверности $p > 0,05$). Описанные результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Результаты дисперсионного анализа кластеризации переменных, отражающих динамику характеристик эмоционального состояния в результате психокоррекции

Характеристики эмоционального состояния	F	p
Самочувствие (ВАШ)	104,3	0,00000
Психологическая составляющая кинезиофобии	0,4	0,68
Физическая составляющая кинезиофобии	2,9	0,06
Соматизация	0,9	0,41
Эмоциональная лабильность	1,1	0,35

Таким образом, очевидно, что описанный результат позволяет рассматривать в качестве критерия эффективности реабилитационных мероприятий только данные, отражающие субъективную оценку самочувствия (ВАШ). В связи с этим далее было произведено ранжирование указанных данных и выделение контрастных групп с высокой и низкой эффективностью реабилитационных мероприятий ($n = 15$, что составляет по 27,5 % общей выборки).

Распределение частоты встречаемости высокого и среднего уровня различных составляющих приверженности к лечению по данным опросника «Уровень комплаентности» (низкий уровень, как было показано ранее, в обследованной когорте пациентов не встречался) представлено в табл. 4.

Таблица 4

Частота встречаемости высокого уровня личностной комплаентности в группах с различной эффективностью реабилитационных мероприятий

Степень эффективности реабилитационных мероприятий	Составляющие комплаентности, абс. (%)		
	Социальная	Эмоциональная	Поведенческая
Низкая ($n = 15$)	7 (46,7 %)	10 (66,7 %)	9 (60,0 %)
Высокая ($n = 15$)	4 (26,7 %)	4 (26,7 %)	4 (26,7 %)

Анализ пропорциональной представленности частоты встречаемости высокого и среднего уровня различных составляющих комплаентности в группах с высокой и низкой эффективностью реабилитационных мероприятий по критерию Фишера выявил, что в группе с низкой эффективностью достоверно ($p = 0,03$) чаще встречается высокий уровень эмоциональной комплаентности. Полученный результат подтверждает изложенные выше соображения о целесообразности ориентации на средний уровень личностной комплаентности при составлении индивидуальных реабилитационных программ, поскольку свидетельствует, по всей видимости, о перемотивированности пациентов, чья эффективность реабилитации была низкой, их чрезмерной тревожностью и озабоченностью состоянием здоровья.

Описанный результат может быть объяснен с учетом результатов размышлений над внутренней структурой исследуемого феномена: анализ значимости различий в уровне выраженности шкал опросника «Уровень комплаентности» с использованием Н-критерия Крускала–Уоллиса выявил достоверные различия между социальной, эмоциональной и поведенческой составляющими ($p = 0,01$). Дальнейший попарный анализ с исполь-

зованием критерия Манна–Уитни показал, что основной вклад в указанные различия вносит эмоциональная составляющая комплаентности, среднegrupповые показатели по которой достоверно ($p = 0,003$ и $p = 0,02$) превышают социальную и поведенческую составляющие ($30,5 \pm 4,4$ по сравнению с $28,2 \pm 4,9$ и $28,7 \pm 5,0$ – соответственно), то есть обследованные пациенты комплаентны, прежде всего, ввиду своей чрезмерной впечатлительности, чувствительности, тревожности, что также может служить мишенью психокоррекционного воздействия в целях оптимизации уровня приверженности к лечению.

Заключение

Таким образом, достижение оптимального уровня эмоциональной комплаентности, находящегося в границах средних значений по данным предварительной диагностики с помощью опросника «Уровень комплаентности», по результатам проведенного исследования, может быть обозначено в качестве предиктора максимальной эффективности психологического сопровождения с использованием программно-аппаратного комплекса ПРАК, а также мишени и направления превентивного психокоррекционного воздействия. В таком случае реабилитационный маршрут пациентов необходимо формировать с учетом данного критерия, при этом основной точкой приложения усилий медицинского психолога должна стать работа в отношении чрезмерной тревожности, проявляющейся в ориентации на немедленный результат, требованиях назначения как можно большего количества процедур, дезорганизованном или ажитированном поведении.

Литература

1. Зинченко Ю.П., Меньшикова Г.Я., Баяковский Ю.М. [и др.] Технологии виртуальной реальности: методологические аспекты, достижения и перспективы // Национальный психологический журнал. – 2010. – Т. 2, № 4. – С. 64–71.
2. Избранные лекции по медицинской реабилитации / ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корышева. Тамбов: Юлис, 2016. – 278 с.
3. Кадыров Р.В., Асриян О.В., Ковальчук С.А. Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.
4. Калачев А.А., Долецкий А.А. Влияние бинауральных биений на нейро- и психофизиологические характеристики человека // Вестник ВолгГМУ. 2012. – № 4 (44). – С. 58–61.
5. Котельникова А.В., Кукшина А.А. Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций // Экспериментальная психология. – 2018. – Т. 11, № 2. – С. 50–62. doi:10.17759/exppsy.2018110204.

6. Кочергин Н.А., Кочергина А.М., Килина И.Р. [и др.] Возможность использования мобильного приложения в качестве инструмента повышения приверженности пациентов кардиологического профиля // Врачи и информационные технологии. – 2017. – № 2. – С. 73–80.
7. Кукшина А.А. Система психодиагностики и психокоррекции в медицинской реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2018. – 48 с.
8. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Турова Е.А., Рассулова М.А. Методика организации психокоррекционных мероприятий в процессе медицинской реабилитации и восстановительного лечения (Методические рекомендации). – М., 2017. – 8 с.
9. Машков О. А., Рыбкин Е. А., Цупко И.В. Восстановление психосоматического состояния человека методом воздействия программами резонансно-акустических колебаний (ПРАК) : пособие для врачей и пользователей. – М., 2017. – 30 с.
10. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь, 2003. – 40 с.
11. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. [и др.] Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М.: Когито-Центр, 2007. – 208 с.
12. Фирсова Л.Д. Психологические реакции на болезнь и приверженность к лечению // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – № 8. – С. 41–44.
13. Шумов Д.Е., Арсеньев Г.Н., Свешников Д.С., Дорохов В.Б. Сравнительный анализ влияния бинауральных биений и сходных видов звуковой стимуляции на процесс засыпания: короткое сообщение // Вестник Московского университета. – Серия 16. – Биология. – 2017. – № 1 (72). – С. 39–43.
14. Asmundson G.J.G., Vlaeyen J., Crombez G. Understanding and treating fear of pain. – Oxford: Oxford University Press, 2004. – 367 p.
15. Bäck M. Exercise and Physical Activity in relation to Kinesiophobia and Cardiac Risk Markers in Coronary Artery Disease. – Gothenburg, Sweden, 2012. – 101 p.
16. Kajang Cheung, Mandy Oemar, Mark Oppe, Rosalind Rabin User Guide. Basic information on how to use EQ-5D. EuroQolGroup 2009. [Электронный ресурс] http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/User_Guide_v2_March_2009.pdf. (дата обращения 24.11.2012).
17. Lewis A.K., Osbom I.P. Anesthesia and Analgesia. – 2004. – Vol. 98, N 2. – P. 533– 536.

Поступила 24.04.2020

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

Для цитирования. Котельникова А.В., Кукшина А.А., Тихонова А.С., Ткаченко Г.А. Программы резонансно-акустических колебаний в психокоррекции пациентов с нарушением двигательных функций: роль медицинского психолога // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 59–75.

**PROGRAMS OF RESONANT-ACOUSTIC VIBRATIONS IN PSYCHOCORRECTION
OF PATIENTS WITH MOVEMENT DISORDERS:
THE ROLE OF A MEDICAL PSYCHOLOGIST**

Kotel'nikova A.V.¹, Kukshina A.A.¹, Tihonova A.S.¹, Tkachenko G.A.^{2,3}

¹ Moscow Scientific and Practical Center for Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine (Zemljanoj Val, 53, Moscow, Russia);

² Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs of Russia (Timoshenko str., 15, Moscow, Russia);

³ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs of Russia (Timoshenko str., 19, Moscow, Russia).

Abstract. The purpose of this work is to study the role of adherence to treatment in achieving maximum efficiency of using the software and hardware complex of acoustic vibrations (PRAK) in the rehabilitation of patients with movement disorders. On a representative sample of patients with movement disorders of various etiologies (n = 56), the dynamics of the emotional state in the process of psychocorrection measures was analyzed. The expediency of including PRAK in the psychological rehabilitation plan to reduce the level of somatization, fear of movement, and improve overall well-being is justified, while the optimal level of emotional compliance is designated as a predictor of achieving maximum effectiveness. As the main point of application of preventive efforts of a medical psychologist, work on excessive anxiety of patients is indicated.

Key words: binaural beats, psychocorrection, movement disorders, medical rehabilitation, emotional state, somatization, kinesiophobia, adherence to treatment, compliance.

✉ Anastasia Vladimirovna Kotel'nikova– PhD Psychol. Sci., the Senior research assistant of State Autonomous Health Institution Moscow «Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine» (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia) e-mail: pav.kotelnikov@ya.ru;

Anastasia Alekseevna Kukshina– Dr. Med. Sci., the Leading research assistant of Medical Rehabilitation Department of State Autonomous Health Institution Moscow «Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports medicine» (Str. Zemlyanoj Val, 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: kukshina@list.ru;

Anastasiya Sergeevna Tihonova– Medical psychologist of Branch 3 of «Moscow scientific and practical center of medical rehabilitation, rehabilitation and sports

medicine» (Str. Zemlyanoy Val, 53, Moscow, 105120, Russia) e-mail: seyli1992@list.ru;

Galina Andreevna Tkachenko– PhD Psychol. Sci., medical psychologist, Central Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs (Marshal Timoshenko str, 15, 121459, Moscow, Russia); the research assistant of Scientific information Department of Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs (Marshal Timoshenko str, 19, Moscow, 121459, Russia), e-mail: mitg71@mail.ru.

References

1. Zinchenko Yu.P., Menshikova G.Ya., Bayakovskii Yu.M. [et al.] Tekhnologii virtualnoj realnosti: metodologicheskie aspekty, dostizheniya i perspektivy. *Natsionalnyi psikhologicheskii zhurnal* [National psychological journal]. 2010. N 2(4). Pp. 64–71. (In Russ.)

2. Izbrannyelektsii po medicinskoj reabilitatsii [Selected lectures on medical rehabilitation]. Ed. : A.N. Razumova, E.A. Turovoj, V.I. Korysheva. Tambov. 2016. 278 p. (In Russ.)

3. Kadyrov R.V., Asriyan O.B., Kovalchuk S.A. Oprosnik «Uroven kompetentnosti» [Questionnaire "level of competence"]. Vladivostok, 2014. 74 p. (In Russ.)

4. Kalachev A.A., Doleczkij A.A. Vliyanie binauralnyhbienij na nejro- i psihofiziologicheskie harakteristiki cheloveka [Influence of binaural beat on neuro- and psychophysiological characteristics of man]. *Vestnik VolgSMU* [Journal of VolgSMU]. 2012. N 4(44). Pp. 58–61. (In Russ.)

5. Kotelnikova A.V., KukshinaA.A. Aprobatsiya metodiki izmereniya kineziofobii u bolnyh s narusheniem dvigatelnyh funktsij [Testing the method of measuring kinesiphobia in patients with motor function impairment]. *Jeksperimentalnaja psihologija* [Experimental psychology]. 2018. Vol. 11, N 2. Pp. 50–62. (In Russ.)

6. Kochergin N.A., Kochergina A.M., Kilina I.R. [et al.] Vozmozhnost ispolzovaniya mobilnogo prilozheniya v kachestve instrumenta povysheniya priverzhenosti pacientov kardiologicheskogo profilya [The ability to use a mobile app as a tool to increase patient commitment to a cardiological profile]. *Vrach i informacionnye texnologii* [Physician and information technology]. 2017. N 2. Pp. 73–80. (In Russ.)

7. Kukshina A.A. Sistema psihodiagnostiki i psihokorrekcii v medicinskoj reabilitatsii pacientov s narusheniyam idvigatel`ny`x funktsij [System of psychodiagnos- tics and psycho-correction in medical rehabilitation of patients with motor function disorders] : Abstract dissertation Dr. med. Sci. M. 2018. 48 p. (In Russ.)

8. Kukshina A.A., Kotel`nikova A.V., Turova E.A., Rassulova M.A. Meto- dika organizatsii psihokorrekcionnyh meropriyatij v processe medicinskoj reabilitatsii i vosstanovitel'nogo lecheniya [Methodology of organization of psycho-correction measures in the process of medical rehabilitation and rehabilitation treatment]. M., 2017. 8 p. (In Russ.)

9. Mashkov O.A., Rybkin E.A., Czupko I.V. Vosstanovlenie psihoso- maticeskogo sostoyaniya cheloveka metodom vozdejstviya programmami rezo- nansno-akusticheskix kolebanij (PRAK) [Recovery of Human Psychosocial State by the Method of Exposure to Resonance-Acoustic Oscillation (PRAC)]. Moskva. 2017. (In Russ.)

10. Cidorenko E.V. Metody matematicheskoy obrabotki v psihologii [Methods of mathematical processing in psychology]. Sankt-Peterburg. 2002. 350 p.(InRuss.)
11. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., BykhovetsYu.V. [et al] Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttravmaticheskogo stressa [Practical guide to post-traumatic stress psychology].Ch.1. Teoriyaimetody. Moskva. 2007. 208 p. (In Russ.)
12. Firsova L.D. Psihologicheskie reakcii na bolezni i priverzhennost k lecheniyu [Psychological Responses to Disease and Commitment to Treatment]. *Ekspierimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya* [Experimental and Clinical Gastroenterology]. 2013. N 8. Pp. 41–44. (In Russ.)
13. Shumov D.E., Arsenev G.N., Sveshnikov D.S., Doroxov V.B. Sravnitelnyj analiz vliyaniya binauralnyh bienij ishodnyh vidov zvukovoj stimulyacii na process zasypaniya [Comparative analysis of the influence of binaural beat and similar types of sound stimulation on the process of falling asleep]. Vestnik Moskovskogo universiteta [Journal of Moscow University]. Seriya 16. Biologiya. 2017. N 1(72). Pp. 39–43. (In Russ.)
14. Asmundson G.J.G., Vlaeyen J., Crombez G. Understanding and treating fear of pain. Oxford: Oxford University Press, 2004. 367 p.
15. Bäck M. Exercise and Physical Activity in relation to Kinesiophobia and Cardiac Risk Markers in Coronary Artery Disease. Gothenburg, Sweden, 2012. 101 p.
16. Kajang Cheung, Mandy Oemar, Mark Oppe, Rosalind Rabin User Guide. Basic information on how to use EQ-5D. EuroQol Group 2009. http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/User_Guide_v2_March_2009.pdf.
17. Lewis A.K., Osborn I.P. Anesthesia and Analgesia. 2004. Vol. 98, N 2. Pp 533– 536.

Received 24.04.2020

For citing. Kotelnikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S., Tkachenko G.A. Programmy rezonansno-akusticheskikh kolebanij v psihokorrekcii pacientov s narusheniem dvigatelnyh funkcij: rol medicinskogo psihologa. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 59–75. **(In Russ.)**

Kotelnikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S., Tkachenko G.A. Programs of resonant-acoustic vibrations in psychocorrection of patients with movement disorders: the role of a medical psychologist. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 59–75.

АЛЕКСИТИМИЯ И АГРЕССИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Университет Казимира Великого
(Республика Польша, Быдгощ, ул. Л. Стаффа, д. 1)

В статье представлены результаты исследования, направленного на изучение составляющих алекситимии и агрессии как факторов риска развития дистресса, депрессии и тревоги. В исследовании приняло участие 90 лиц женского пола в возрасте 19–34 лет. Обнаружено, что около 65 % участников исследования находятся в зоне риска развития серьезных нарушений психической природы. Ключевой психопатологической алекситимической чертой, связанной с дистрессом, депрессивной и тревожной симптоматикой, являются сложности с пониманием собственных эмоций. Лица с высоким уровнем депрессивной симптоматики характеризуются более высоким уровнем данной алекситимической черты. Враждебность более характерна для лиц с повышенным уровнем депрессивной симптоматики по сравнению с лицами с низким уровнем депрессивной симптоматики. Враждебность является фактором риска дистресса и тревоги, а сложности с пониманием собственных эмоций – депрессии и дистресса. Враждебность является более значимым предиктором дистресса у молодых женщин по сравнению с трудностями в определении эмоций. Наблюдается частичный опосредующий эффект затруднений в идентификации собственных чувств на связь враждебности с дистрессом. Трудности с пониманием собственных чувств и эмоций, а также враждебность являются значимыми факторами риска развития психоэмоциональных нарушений у молодых лиц женского пола.

Ключевые слова: алекситимия, агрессия, враждебность, трудности с пониманием чувств, дистресс, депрессия, тревога, психоэмоциональные нарушения, фактор риска.

Введение

В Диагностических критериях для психосоматических исследований (англ. Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – DCPR) алекситимия отнесена к личностным факторам риска психосоматических заболеваний [19]. Алекситимия является многомерным конструктом, компоненты которого отражают особенности эмоционального (аффективного) и когнитивного функционирования личности [32]. Аффективный компонент алекситимии представлен низкой эмоциональной возбудимостью, сниженной

✉ Ларионов Павел Михайлович – докторант, специалист лаборатории психологических тестов, Университет Казимира Великого (Республика Польша, 85-867, Быдгощ, ул. Л. Стаффа, д. 1), e-mail: larionov_w@outlook.com.

способностью к символизации, бедностью фантазии и воображения. К когнитивному компоненту алекситимии относят: трудности с определением (идентификацией) чувств и эмоций, затрудненность в вербализации эмоциональных состояний, трудность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, и утилитарный способ мышления [5, 32]. Алекситимия не является психическим расстройством и не включена в Международную классификацию болезней десятого пересмотра. В среднем около 10 % взрослого населения характеризуется клинически значимыми алекситимическими чертами [22, 24]. Обнаружено, что 56 % польских студентов в возрасте от 18 до 40 лет независимо от пола имеют высокий уровень алекситимии [23]. Алекситимия несколько чаще встречается среди мужчин [22, 24, 28], причем распространенность отдельных алекситимических черт гендерно специфична, например, у женщин менее выражен утилитарный способ мышления [28].

Исследовательский подход к изучению алекситимии характеризуется восприятием алекситимии как одномерного конструкта, который в действительности неоднороден по своему содержанию, так как в основе эмоциональной и когнитивной составляющих алекситимии лежат различные нейropsychологические механизмы [20]. Ядром конструкта алекситимии являются именно трудности с пониманием своих чувств и эмоций, другие же алекситимические характеристики вряд ли можно считать психопатологическими. В связи с тем, что конструкт алекситимии состоит из различных составляющих, роль алекситимических черт в возникновении психоэмоциональных нарушений следует рассматривать как по отдельности, так и в совокупности. Популярным методом исследования алекситимии является 20-пунктовая Торонтская алекситимическая шкала (TAS-20), которая фиксирует лишь когнитивную составляющую алекситимии, представленную тремя алекситимическими чертами: трудности идентификации чувств, трудности с описанием чувств и внешне-ориентированное мышление [32]. С помощью TAS-20 невозможно релевантно исследовать аффективный компонент алекситимии [32]. На эту проблему обратили внимание нидерландские ученые, которые разработали ставший популярным опросник алекситимии Бермонда–Ворста, состоящий из пяти подшкал: затрудненность в вербализации эмоционального опыта, слабое понимание собственного эмоционального опыта и конкретное мышление составляют когнитивный компонент алекситимии, а две оставшиеся подшкалы – бедность фантазии и низкая эмоциональная возбудимость – аффективный компо-

нент [32]. Несмотря на успехи психодиагностики в разработке методов исследования алекситимии, в психосоматических исследованиях большинство ученых редко рассматривают роль отдельных алекситимических черт. Существуют веские основания считать, что, ограничиваясь расчетом общего балла алекситимии, невозможно определить роль данного конструкта в развитии и течении расстройств психической природы.

Алекситимия является неспецифическим фактором риска психоэмоциональных нарушений [22]. На выборке студентов С.К. Нартова-Бочавер и А.В. Потапова обнаружили, что алекситимия отрицательно связана с показателями психологической устойчивости [11]. Алекситимическая личность характеризуется более низкой адаптивностью, склонностью к социальному изоляционизму, что представляет угрозу для ее психосоматического здоровья и достижения высокого качества жизни [22]. Алекситимия у молодых лиц является предиктором межличностных проблем, связанных с общительностью, близостью и асертивностью [33]. Алекситимия связана с более низким уровнем эмоционального интеллекта [27]. Таким образом, поведение алекситимической личности в межличностных отношениях можно охарактеризовать как «холодное» и социально избегающее [30]. Алекситимия не является сугубо специфической особенностью психосоматических больных, а проявляется при различных заболеваниях, особенно при тревожных и депрессивных расстройствах [13, 29]. В литературе были отмечены некоторые особенности эмоциональной сферы лиц с депрессивной симптоматикой, отражающие невозможность лиц с депрессией в своей речевой продукции напрямую выражать негативные эмоции [2]. Анализируя творческую продукцию пациентов с депрессией, Е.К. Агеенкова и П.М. Ларионов пришли к заключению, что печаль пациентов характеризуется отсутствием эмоциональности и ее можно определить как «алекситимическую печаль» [2]. Суммируя, алекситимия является как предпосылкой для развития психоэмоциональных нарушений, так и сопутствует им.

Методологию комплексного изучения алекситимии представила Е.Ю. Брель [3]. Данная исследовательница считает, что роль алекситимии в развитии психоэмоциональных нарушений может быть изучена при рассмотрении особого алекситимического пространства, психологическими компонентами которого являются сильная тревожность и враждебно-агрессивное реагирование наряду со сниженными эмпатийными способностями [3]. Е.Ю. Брель при изучении подростков и молодых лиц от 12 до 20 лет отметила наличие статистически значимых положительных корреляций алекситимии с физической агрессией, раздражением и обидой, а также

отсутствие значимых взаимосвязей алекситимии с негативизмом, подозрительностью, чувством вины, косвенной и вербальной агрессией [4]. С помощью метода анализа речи Е.Ю. Брель показала, что лица с выраженной алекситимией имеют достаточно слов для выражения своих чувств. В их речи присутствуют описания, которые носят яркий эмоционально окрашенный негативный фон, особенно депрессивного спектра, отображают наличие болезненной симптоматики (психоэмоционального напряжения, тревоги и т. д.), невозможность совладания с трудной ситуацией, экзистенциальную отчужденность и обезличенность [3].

Агрессия и ее формы рассматриваются не только в качестве компонентов алекситимического пространства [3], но и как отдельные факторы риска расстройств психической природы. По мнению исследователей, враждебность в большей мере, чем другие формы агрессии, предрасполагает к развитию психических нарушений [8]. Как подчеркивает Е.В. Луканова, исследователи склонны считать враждебность устойчивой чертой, связанной с отношением личности к другим людям, которое выражается на трех уровнях: когнитивном (враждебные атрибуции), эмоциональном (комплекс негативных эмоций) и поведенческом (враждебные действия) [10]. Дисфункциональная роль этой личностной особенности подчеркнута как в зарубежных, так и отечественных теориях развития психических заболеваний [6]. Н.Г. Гаранян рассматривает роль враждебности при исследовании депрессивных и тревожных расстройств и отмечает необходимость актуализации исследований в данной области [6]. С учетом того, что враждебность связана с худшим состоянием здоровья, наличием вредных привычек, высоким уровнем стресса в семье и на работе, а также с тревожностью, депрессией и высоким жизненным истощением, наблюдаемый у 43,9 % лиц женского пола в возрасте 25–64 лет [7] высокий уровень враждебности является основой для развития дезадаптации и психоэмоциональных нарушений. Негативное влияние враждебности также отмечается среди подростков посредством снижения приспособляемости, что особенно сильно проявляется среди девочек [14]. Как подчеркивает С.Н. Ениколов, в рамках транзактной модели враждебности комплекс негативных представлений об окружающем мире, характерный для высоковраждебных лиц, предрасполагает их к формированию стрессовых ситуаций, интенсифицирующих психоэмоциональное напряжение [8]. Существует точка зрения, что враждебность связана с нарушениями в переработке поступающей информации, что способствует деформации системы отношений личности и приводит к формированию негативного эмоционального фона [12].

С.Н. Ениколопов и Н.В. Чудова подтвердили выдвинутую гипотезу о влиянии враждебной установки на процесс переработки информации у взрослых лиц [9]. В контексте межличностных отношений Е.В. Луканова рассматривает враждебность как коммуникативную установку личности, состоящую из когнитивного, аффективного и поведенческого компонентов. Данная исследовательница считает, что в основе враждебности лежат негативные атрибуции в адрес объектов враждебности, что было убедительно показано в ее исследовании. Е.В. Луканова также отмечает, что наиболее ярко проявляется аффективный компонент враждебности (выражается в злости, зависти, страхе и т. д.) [10].

Исследователи приходят к неоднозначным выводам о степени осознанности агрессивных проявлений. С.Н. Ениколопов и Н.В. Чудова утверждают, что «враждебная установка всегда известна самому субъекту» [9]. В исследовательской работе Е.В. Луканова отметила, что «большинство респондентов осознают собственные проявления враждебности» [10]. Однако М.Г. Чухрова с соавт. обнаружили, что агрессия у курсантов в большей мере связана с такими защитными механизмами, как проекция и отрицание [16]. Это может свидетельствовать о неосознанности своего враждебно-агрессивного отношения к другим людям, проявляющегося как на эмоциональном, так и на когнитивном уровне. В связи с этим в контексте рассмотрения взаимодействия алекситимии и враждебности при психических патологиях следует отметить исследование А.А. Абрамовой с соавт. Они обнаружили, что с уменьшением способности к оценке эмоционального состояния (как своего собственного, так и других лиц) ухудшается течение депрессивных расстройств и повышается риск агрессивных проявлений [1]. Представляет интерес изучение роли алекситимических черт в их взаимодействии с агрессивно-враждебными проявлениями до возникновения серьезных психических заболеваний, то есть в процессе развития дистресса, при хроническом состоянии которого возможно формирование депрессивных, тревожных и иных расстройств.

Исходя из представленных концепций, описывающих взаимодействие алекситимии и агрессии, предполагается, что при наличии сложностей с пониманием собственного эмоционального опыта (постулируется как ключевая алекситимическая черта) личность может неправильно дифференцировать качество эмоциональных переживаний, что способно как непосредственно, так и опосредованно путем взаимодействия с агрессивными чертами приводить к нарушениям психоэмоциональной природы. Данная работа посвящена изучению механизмов взаимодействия алекситими-

ческих составляющих и форм агрессии, которые могут быть связаны с возникновением депрессии, дистресса и тревоги как наиболее часто встречающихся в общей медицинской практике психоэмоциональных нарушений [31]. Предполагается, что именно трудности с идентификацией чувств и враждебность по сравнению с другими алекситимическими чертами и формами агрессии соответственно являются значимыми факторами риска психоэмоциональных расстройств.

Организация и методы исследования

С целью проверки выдвинутых положений было проведено эмпирическое исследование, в котором приняли участие 90 практически здоровых лиц женского пола в возрасте 19–34 лет. В качестве методов исследования выступили следующие опросники, которые участники заполняли методом «карандаш – бумага».

1. Опросник алекситимии Бермонда–Ворста (англ. Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire – BVAQ) разработан нидерландскими учеными и позволяет оценить уровень алекситимии и 5 ее составляющих [32]. Опросник BVAQ состоит из 40 вопросов и 5 шкал: затруднения в вербализации эмоционального опыта, бедность фантазии, низкая эмоциональная возбудимость, конкретное мышление и слабое понимание собственного эмоционального опыта. Каждая шкала включает в себя 8 вопросов, из которых половина обратные. Шкала ответов пятибалльная, от 1 («полностью меня характеризует») до 5 («полностью меня не характеризует»). Общий балл алекситимии находится в диапазоне от 40 до 200 (чем больше балл, тем выше уровень алекситимии) [25].

2. Опросник агрессии Басса–Пеппи (англ. Buss–Perry Aggression Questionnaire – BPAQ) является известным и широко применяемым психологическим инструментом для изучения агрессии. BPAQ позволяет количественно оценить выраженность четырех составляющих агрессии: вербальная агрессия, физическая агрессия, гнев и враждебность. Предоставляется возможность рассчитать общий показатель агрессии. Опросник содержит 29 утверждений, среди которых 5 относятся к шкале вербальная агрессия, 9 – к физической агрессии, 7 – к гневу и 8 к враждебности. Утверждения предлагается оценить по пятибалльной шкале от 1 («очень на меня не похоже») до 5 («очень на меня похоже») [17].

3. Опросник 4DSQ (англ. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire) был разработан нидерландскими учеными и предназначен для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации. Опросник вклю-

чает в себя 50 вопросов. Шкала дистресса содержит 16 вопросов, шкала депрессии – 6, шкала тревоги – 12 пунктов, шкала соматизации – 16. В опроснике описаны различные симптомы, частоту проявления которых за последние 7 дней необходимо оценить. Форма ответов: «нет», «иногда», «периодически», «часто», «очень часто или постоянно». Дистресс в 4DSQ характеризуется следующими симптомами: беспокойством, раздражительностью, напряжением, вялостью, плохой концентрацией, проблемами со сном и состоянием деморализации. Тревога, отделенная от симптомов дистресса, представляет собой проявление фобической тревоги, иррациональных страхов, панических атак, тревожной антиципации, свободно плавающей тревоги и избегающего поведения. Депрессия в 4DSQ характеризуется наличием мыслей депрессивного характера, включая суицидальные, и потерей удовольствия [18].

Статистический анализ был проведен с использованием программ Statistica версии 13.3 и PROCESS макро для SPSS [21]. Применены методы описательной статистики, корреляционный анализ Спирмана, непараметрические критерии Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни, множественный регрессионный анализ, анализ медиации с корректировкой бутстрэп-методом с 5000 итераций.

Результаты исследования

При использовании опросника 4DSQ существует возможность классифицировать степень выраженности психоэмоциональных нарушений согласно предоставленным нормам. Низкий уровень дистресса был у 35,6 % участников исследования, повышенный – у 46,7 %, а высокий – у 17,7 %. Высокий уровень дистресса значительно ухудшает психосоциальное функционирование личности. Около 65 % молодых лиц женского пола находятся в зоне риска развития серьезных нарушений психической природы.

В табл. 1 представлены коэффициенты корреляции Спирмена между подшкалами алекситимии, агрессии и психоэмоциональными нарушениями и описательная характеристика изучаемых переменных.

Таблица 1

Значимые коэффициенты корреляции Спирмена между подшкалами
алекситимии, агрессии и психоэмоциональными нарушениями
(среднее; станд. откл.)

Переменная	Вербальная агрессия (14,5; 3,6)	Физическая агрессия (16,4; 5,8)	Враждебность (22,4; 6,0)	Гнев (18,4; 5,9)	Общий балл агрессии (71,7; 16,4)	Дистресс	Депрессия	Тревога
Затруднения в вербализации эмоционального опыта (23,1; 7,8)	-0,26*						0,25*	
Бедность фантазии (16,7; 6,9)								
Слабое понимание собственного эмоционального опыта (20,7; 6,3)			0,22*			0,35****	0,47****	0,25*
Низкая эмоциональная возбудимость (16,3; 5,0)		0,23*		-0,27**				
Конкретное мышление (15,1; 5,8)								
Общий балл алекситимии (92,0; 19,8)	-0,23*					0,24*	0,35****	
Дистресс (13,3; 7,5)	0,21*		0,42****	0,26*	0,36****		0,70****	0,61****
Депрессия (1,8; 2,6)			0,24*		0,23*	0,70****		0,35****
Тревога (4,5; 5,0)			0,36****			0,61****	0,35****	

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; **** – $p < 0,001$.

Наиболее связанными между собой переменными являются враждебность, слабое понимание собственного эмоционального опыта и психоэмоциональные нарушения. Враждебность наиболее сильно связана с дистрессом и менее с тревогой и депрессией. Слабое понимание собственного эмоционального опыта сильно коррелирует с депрессией и в меньшей степени с дистрессом и тревогой. Особо характерна положительная связь депрессии с затруднениями в вербализации эмоционального опыта.

С целью изучения выраженности алекситимии, агрессии и их составляющих в зависимости от степени депрессии был проведен сравнительный анализ. Ориентируясь на нормы, представленные авторами адаптации опросника 4DSQ, испытуемые были распределены в три группы, первая из которых состояла из представителей с низким уровнем депрессии (66 чел. – 73,3 % численности от всей выборки), вторая – с повышенным (16 чел. – 17,8%), а третья – с высоким уровнем депрессии (8 чел. – 8,9 %).

Сравнение выраженности алекситимии, агрессии и их форм у трех групп с различным уровнем депрессии проводилась с помощью непараметрического критерия Краскела–Уоллиса. Были обнаружены статистически значимые различия между тремя группами по следующим переменным: враждебность ($H = 7,82$, $p = 0,02$), слабое понимание собственного эмоционального опыта ($H = 16,84$, $p = 0,0002$), общий балл алекситимии ($H = 8,13$, $p = 0,0172$). Затем были проведены попарные апостериорные сравнения между группами с помощью критерия Манна–Уитни, причем применялась поправка Бонферрони, предполагающая установление нового уровня значимости, который при попарном сравнении трех групп составляет 0,017. Средние значения исследуемых переменных каждой из групп и полученные уровни значимости p представлены в табл. 2.

Лица с повышенным уровнем депрессии характеризуются большей враждебностью, чем лица с низкой депрессией. Среднее значение враждебности у лиц с высоким уровнем депрессии несколько ниже, чем у лиц повышенным уровнем, однако различия не являются значимыми. С увеличением депрессии сначала наблюдается тенденция возрастания враждебности, а затем снижения.

Лица с повышенным и высоким уровнем депрессии менее способны понимать собственный эмоциональный опыт, чем лица с низким уровнем депрессии. У лиц с высоким уровнем депрессии алекситимия выражена значительно сильнее, чем у лиц с низким уровнем депрессии.

Таблица 2

Сравнительный анализ изучаемых переменных между группами лиц с разным уровнем депрессии

Сравниваемые группы по уровню депрессии / переменные	Низкий и повышенный уровни			Низкий и высокий уровни			Повышенный и высокий уровни		
	Низкий	Повышенный	Уровень значимости p	Низкий	Высокий	Уровень значимости p	Повышенный	Высокий	Уровень значимости p
Враждебность	21,3	26,1	0,010*	21,3	23,9	0,192	26,1	23,9	0,358
Слабое понимание собственного эмоционального опыта	19,1	25,3	0,001*	19,1	25,4	0,004*	25,3	25,4	0,878
Общий балл алекситимии	88,2	99,1	0,091	88,2	109,3	0,012*	99,1	109,3	0,327

Примечание: * – $p < 0,017$.

С целью определения составляющих алекситимии и форм агрессии, способных предсказать уровень дистресса, депрессии и тревоги, было проведено 3 серии множественного регрессионного анализа методом форсированного ввода. В качестве независимых переменных выступили две составляющие алекситимии – затруднения в вербализации эмоционального опыта и слабое понимание собственного эмоционального опыта, а также три формы агрессии – враждебность, гнев и вербальная агрессия. В качестве зависимых переменных выступили общие уровни дистресса, депрессии и тревоги. Затем незначимые предикторы были исключены для каждой из 3 моделей и построены окончательные предикционные модели. В табл. 3–5 представлены параметры полученных регрессионных моделей для дистресса, депрессии и тревоги.

Модель предикции дистресса включает два значимых предиктора: враждебность и слабое понимание собственного эмоционального опыта. Враждебность ($\beta = 0,305$) является наиболее сильным предиктором дистресса по сравнению со слабым пониманием собственного эмоционального опыта ($\beta = 0,262$). Коэффициент детерминации модели составляет $R^2 = 0,204$, таким образом, она объясняет 20,4 % вариабельности дистресса. Ис-

ходя из этого, чем больше личность склонна к враждебности и слабому пониманию собственного эмоционального опыта, тем больше у нее выражен дистресс.

Таблица 3

Модель предикции дистресса и ее параметры

Переменные	Модель предикции дистресса $F(2, 87) = 11,16; p < 0,001; R^2 = 0,204$					
	β	Ст. ошибка β	b	Ст. ошибка b	t(87)	p
Свободный член			-1,67	3,254	-0,51	0,609
Враждебность	0,305	0,099	0,38	0,124	3,08	0,003
Слабое понимание собственного эмоционального опыта	0,262	0,099	0,31	0,117	2,64	0,010

Таблица 4

Модель предикции депрессии и ее параметры

Переменные	Модель предикции депрессии $F(1, 88) = 19,446; p < 0,001; R^2 = 0,181$					
	β	Ст. ошибка β	b	Ст. ошибка b	t(88)	p
Свободный член			-1,86	0,867	-2,14	0,035
Слабое понимание собственного эмоционального опыта	0,425	0,096	0,18	0,040	4,41	< 0,001

Таблица 5

Модель предикции тревоги и ее параметры

Переменные	Модель предикции тревоги $F(1, 88) = 7,56; p = 0,007; R^2 = 0,079$					
	β	Ст. ошибка β	b	Ст. ошибка b	t(88)	p
Свободный член			-0,76	1,982	-0,38	0,704
Враждебность	0,281	0,102	0,24	0,086	2,75	0,007

Среди выбранных независимых переменных значимым предиктором депрессии является слабое понимание собственного эмоционального опы-

та. Данный предиктор способен объяснить 18,1 % вариабельности депрессии, что характеризует существенность данной алекситимической составляющей в возникновении депрессивных состояний.

Враждебность является значимым предиктором тревоги. Данная модель предикции объясняет 7,9 % вариабельности тревоги.

Результаты корреляционного и регрессионного анализа показали, что враждебность и слабое понимание собственного эмоционального опыта в большей мере связаны с формированием дистресса. Изучение механизма взаимодействия этих личностных особенностей, посредством которых можно объяснить выраженность дистресса, было осуществлено с помощью анализа медиации, основанного на многофакторном регрессионном анализе [21]. Была проверена гипотеза о том, что слабое понимание собственного эмоционального опыта может оказывать опосредующий эффект на связь враждебности с дистрессом. Графическое изображение модели медиации представлено на рисунке.

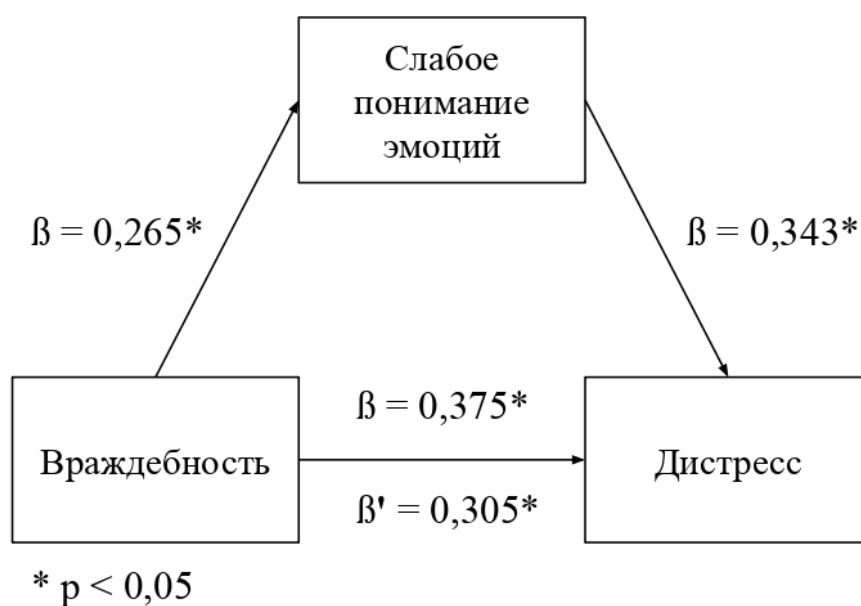


Рис. Регрессионная модель медиации

Анализ показал, что усиление враждебности связано с увеличением дистресса ($\beta = 0,375$; β – стандартизированный коэффициент бета) и трудностей с пониманием собственных эмоций ($\beta = 0,265$), а трудности с пониманием собственных эмоций, в свою очередь, предрасполагают к дистрессу ($\beta = 0,343$ – коэффициент бета для непосредственной связи переменной слабое понимание эмоций (медиатор) с дистрессом (зависимая переменная); при включении медиатора и независимой переменной (враждебность)

в модель регрессии связь между медиатором и зависимой переменной составляет $\beta = 0,262$ при $p < 0,05$). Обнаружено, что переменная трудности с пониманием собственных эмоций является медиатором и оказывает частичный опосредующий эффект на связь враждебности с дистрессом, уменьшая силу этой связи с $\beta = 0,375$ до $\beta' = 0,305$ (β' – стандартизированный коэффициент бета для связи между независимой и зависимой переменными со включенным в модель медиатором). С помощью корректировки бутстрэп-методом с 5000 итераций был проверен опосредующий эффект, который оказался статистически значимым (indirect effect = 0,087; 95% ДИ: 0,016; 0,198). Таким образом, слабое понимание личностью своего собственного эмоционального опыта опосредует связь враждебности с дистрессом.

Обсуждение результатов исследования

Данное исследование выполнено в рамках психологии здоровья и направлено на изучение факторов риска депрессии, тревоги и дистресса, среди которых были рассмотрены отдельные составляющих алекситимии и формы агрессии. Результаты анализа показали, что образующая ядро конструкта алекситимии черта, определяемая как слабое понимание собственного эмоционального опыта, а также такая форма агрессии, как враждебность, являются факторами риска данных психоэмоциональных нарушений.

Рассматривая особенности эмоционального функционирования больных депрессией, следует отметить сильную связь депрессии со слабым пониманием своего эмоционального опыта ($r_s = 0,47$, $p < 0,001$), что подтверждает особую роль этой ключевой алекситимической составляющей в этиопатогенезе депрессивных расстройств. У практически здоровых лиц отмечается положительная взаимосвязь депрессии с затруднениями в вербализации эмоционального опыта, однако не обнаружено статистически значимых различий между группами лиц с высоким, повышенным и низким уровнем депрессии по степени выраженности данной характеристики алекситимии. В целом роль этой алекситимической составляющей в развитии депрессии характеризуется дискуссионным характером, так как эту черту вряд ли можно считать психопатологической. Значение трудностей вербализации эмоций следует рассматривать во взаимосвязи с затруднениями в понимании своего эмоционального опыта, по отношению к которым эта черта является скорее следствием. Не менее важно учитывать роль культуральных особенностей среды, в которой может и не поощряться

вербальное выражение чувств. А.Б. Холмогорова и Н.Г. Гаранян отмечают, что в современной культуре господствует негативное отношение к эмоциям и чувствам вплоть до отвержения эмоциональной природы человека. Они высказали гипотезу, что запрет на различные эмоции является одним из факторов психоэмоциональных расстройств [15]. Следует, однако, учитывать, что для личности может быть нехарактерно вербальное выражение своих чувств, при одновременном наличии способностей к дифференциации своих эмоциональных состояний.

Лица с низким уровнем депрессии способны гораздо лучше понимать свой эмоциональный опыт, чем лица с повышенным и высоким уровнем депрессии. Возможно, что к развитию депрессии приводит сужение аффективного опыта и уменьшение способности к дифференциации эмоций и чувств. Анализ речевой продукции больных депрессией показал, что они способны описывать как положительные, так и отрицательные чувства, однако при этом наблюдается истощение аффективной сферы, причем как счастливые, так и печальные состояния лишь когнитивно констатируются и выражаются ограниченными словесными выражениями [2]. Суммируя, затруднения с пониманием собственных эмоциональных состояний предрасполагают к депрессивным состояниям и, согласно результатам регрессионного анализа, к дистрессу. Если слабое понимание собственного эмоционального опыта является предиктором как дистресса, так и депрессии, то по результатам анализа такой закономерности для тревоги не обнаружено. С использованием Торонтской алекситимической шкалы исследователи показали, что роль отдельных алекситимических черт в развитии тревоги и депрессии неоднородна [26]. Ввиду того, что в данном исследовании принимали участие только лица женского пола, есть основания считать, что роль трудностей с определением чувств в развитии тревоги гендерно специфично. В дальнейшем планируется проверить данное предположение.

Враждебность является значимым предиктором как дистресса, так и тревоги. Самостоятельное влияние враждебности на уровень дистресса объясняет 14,04 % его вариабельности ($\beta = 0,375$; $F(1, 88) = 14,37$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,1404$), что свидетельствует о важной предикционной роли враждебности в развитие дистресса. Выдвинутая гипотеза о том, что слабое понимание собственного эмоционального опосредует связь враждебности с психоэмоциональными нарушениями, была проверена в контексте развития дистресса и подтвердилась. Можно заключить, что чем больше личность склонна проявлять враждебные чувства к людям, к самой себе и

к окружающим объектам, тем хуже личность понимает как свои собственные эмоции, так и окружающих. Это не способствует адекватной регуляции эмоций, что может определять развитие дистресса.

Значимыми факторами риска развития психоэмоциональных нарушений у молодых лиц женского пола являются трудности с пониманием собственных чувств и враждебность. Эти личностные особенности действуют не независимо, а взаимодействуют и взаимообуславливают друг друга, приводя к дистрессу, что в дальнейшем может повлечь за собой развитие более серьезных нарушений психической природы, в частности, депрессии и тревожных расстройств.

Выводы

1. Повышенный и высокий уровень дистресса наблюдается соответственно у 46,7 % и 17,8 % молодых лиц женского пола в возрасте 19–34 лет. Таким образом, около 65 % опрошенных находятся в зоне риска развития серьезных нарушений психической природы.

2. С дистрессом, тревожной и депрессивной симптоматикой наиболее сильно связано слабое понимание собственного эмоционального опыта, которое постулируется как ключевая психопатологическая алекситимическая черта; враждебность в большей мере, чем другие формы агрессии, связана с данными психоэмоциональными нарушениями.

3. У лиц с повышенным и высоким уровнем депрессивной симптоматики наблюдаются значительно большие трудности с пониманием собственного эмоционального опыта, чем у лиц с низким уровнем депрессивной симптоматики. Лица с повышенным уровнем депрессивной симптоматики характеризуются большей враждебностью, чем лица с низким уровнем депрессивной симптоматики.

4. Слабое понимание собственного эмоционального опыта является очень сильным предиктором развития депрессивной симптоматики и в меньшей степени дистресса. Враждебность является фактором риска как дистресса, так и тревожной симптоматики.

5. Наблюдается частичный опосредующий эффект затруднений в идентификации собственных чувств на связь враждебности с дистрессом. Трудности с пониманием своего эмоционального опыта играют важную роль во взаимосвязи враждебности с дистрессом.

Выражение признательности

Автор выражает благодарность Каролине Мудло-Глагольской за оказанную помощь в сборе материала для исследования.

Литература

1. Абрамова А.А., Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н., Разумова А.В. Специфика проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, степени тяжести и длительности // Вестник Московского ун-та. – Серия 14. – Психология. – 2014. – № 4. – С. 75–89.
2. Агеенкова Е.К., Ларионов П.М. Жизненный сценарий и специфика эмоциональной сферы больных депрессией сквозь призму проективной психодиагностики [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 1 (60) (режим доступа: http://medpsy.ru/mpj/archiv_global/2020_1_60/nomer08.php).
3. Брель Е.Ю. Алекситимия в норме и патологии: психологическая структура и возможности превенции : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Томск, 2018. – 40 с.
4. Брель Е.Ю. Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности // Сибирский психологический журнал. – 2018. – № 67. – С. 89–101.
5. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 4 – С. 74–81.
6. Гаранян Н.Г. Теоретические модели и эмпирические исследования враждебности при депрессивных и тревожных расстройствах [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2011. – №. 2 (режим доступа: http://www.mpj.ru/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer15.php).
7. Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А. [и др.] Взаимосвязь враждебности с информированностью о здоровье и другими психосоциальными факторами в открытой популяции женщин 25–64 лет в Новосибирске // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – № 8 (1). – С. 16–21.
8. Ениколопов С.Н. Враждебность в клинической и криминальной психологии // Национальный психологический журнал. – 2007. – № 1 (2). – С. 33–39.
9. Ениколопов С.Н., Чудова Н.В. Проблема проявлений враждебной установки [Электронный ресурс] // Психологические исследования. – 2017. – Т. 10, № 54. – С. 12 (режим доступа: <http://psystudy.ru>).
10. Луканова Е.В. Враждебность как коммуникативная установка личности: психосемантический аспект // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Серия 12. – 2008. – № 3. – С. 428–433.
11. Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В. Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 17 (3). – С. 10–17.
12. Панков М.Н., Кожевникова И.С., Сидорова Е.Ю. [и др.] Психофизиологические характеристики детей с агрессивным поведением // Экология человека. – 2018. – № 2. – С. 37–44.
13. Северова Е.А., Охапкин А.С., Даутова М.А., Реутова Е.В. Алекситимия как феномен, объединяющий некоторые аспекты психической и психосоматиче-

ской патологий // Вестник Смоленской гос. медицинской академии. – 2016. – № 15 (4). – С. 126–133.

14. Слободская Е.Р., Бочаров А.В., Рябиченко Т.И. Взаимодействие агрессивного поведения и тревожности в процессе приспособления подростков: роль фактора пола // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 29. – С. 32–36.

15. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура // Консультативная психология и психотерапия. – 1999. – № 7 (2). – С. 61–90.

16. Чухрова М.Г., Сиволапов А.Ф., Сафин Д.И. Агрессивность и враждебность как проявление защитных механизмов психики // Мир науки, культуры, образования. – 2011. – № 6 (31). – С. 295–297.

17. Aranowska E., Pytel J., Szymańska A. Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry'ego: Trafność, rzetelność i normy. – Warszawa: Instytut Amity. – 2015. – 205 p.

18. Czachowski S., Izdebski A., Terluin B. [et al.] Walidacja kwestionariusza 4DSQ mierzącego dystres, depresję, lęk i somatyzację w Polsce // Problemy Medycyny Rodzinnej. – 2013. – Vol. 4, N 40. – P. 14–20.

19. Fava G.A., Cosci F., Sonino N. Current Psychosomatic Practice // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2017. – Vol. 86, N 1. – P. 13–30.

20. Halicka M., Herzog-Krzywoszańska R. Niepojęte emocje – aleksytymia z perspektywy neuropsychologicznej // Neuropsychiatria i Neuropsychologia. – 2016. – N 2. – P. 72–79.

21. Hayes A.F. Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition. – New York: Guilford Publications. – 2018. – 692 p.

22. Jackowska E. Zrozumieć aleksytymię // Medycyna Rodzinna. – 2018. – Vol. 21, N 2. – P. 139–146.

23. Janiec M., Toś M., Bratek A. [et al.] Family and demographic factors related to alexithymia in Polish students // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2019. – Vol. 21, N 1. – P. 22–27.

24. Karukivi M., Saarijärvi S. Development of alexithymic personality features // World Journal of Psychiatry. – 2014. – Vol. 4, N 4. – P. 91–102.

25. Maruszewski T., Ściagała E. Kwestionariusze do badania aleksytymii – teoria i praktyka // Przegląd Psychologiczny. – 1997. – Vol. 40, N 3/4. – P. 385–417.

26. Motan İ., Gençöz T. The Relationship Between the Dimensions of Alexithymia and the Intensity of Depression and Anxiety // Türk Psikiyatri Dergisi. – 2007. – Vol. 18, N 4. – P. 1–11.

27. Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. The relationship between emotional intelligence and alexithymia // Personality and Individual Differences. – 2001. – Vol. 30, N 1. – P. 107–115.

28. Płońska D., Czernikiewicz A. Aleksytymia – ciągle wiele pytań. Część I. Definiowanie aleksytymii // Psychiatria. – 2006. – Vol. 3, N 1. – P. 1–7.

29. Płońska D., Hnat L., Grzesiewska J. [et al.] Aleksytymia – ciągle wiele pytań. Część II. Aleksytymia w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych // Psychiatria. – 2006. – Vol. 3, N 1. – P. 8–14.

30. Spitzer C., Siebel-Jürges U., Barnow S. [et al.] Alexithymia and Interpersonal Problems // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2005. – Vol. 74, N 4. – P. 240–246.

31. Terluin B., van Marwijk H.W., Adèr H.J. [et al.] The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization // BMC psychiatry. – 2006. – Vol. 6.

32. Vorst H.C.M., Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire // Personality and Individual Differences. – 2001. – Vol. 30, N 3. – P. 413–434.

33. Zarei J., Besharat M.A. Alexithymia and interpersonal problems // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2010. – N 5. – P. 619–622.

Поступила 24.04.2020

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

Для цитирования. Ларионов П.М. Алекситимия и агрессия как предикторы психоэмоциональных нарушений // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 76–96.

**ALEXITHYMIA AND AGGRESSION AS RISK FACTORS
FOR PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS**

Larionov P.M.

Kazimierz Wielki University (L. Staffa 1 str., Bydgoszcz, Poland)

✉ Pavel Michailovich Larionov – doctoral student, Kazimierz Wielki University (L. Staffa 1 str., Bydgoszcz, 85-867, Poland), email: larionov_w@outlook.com.

Abstract. The article presents the results of a research aimed at studying the dimensions of alexithymia and aggression as risk factors for the development of distress, depressive and anxiety symptoms. The study included 90 women aged 19-34 years. It was found that about 65 % of the participants are at risk of developing severe mental disorders. A key psychopathological alexithymic dimension associated with these disorders is difficulties with identifying emotional states. Persons with a high level of depressive symptoms are characterized by a higher level of this alexithymic trait. Hostility is more common in individuals with a high level of depressive symptoms than in people with a low level of depressive symptoms. Hostility is a risk factor for distress and anxiety. Difficulties with identifying emotional states is a risk factor for depression and distress. Hostility is a better predictor of distress in young women than difficulties with identifying emotional states. Difficulties with identifying emotional states have a partial indirect effect on the relationship between hostility and distress. Difficulties with identifying emotional states and hostility are significant risk factors for psycho-emotional disorders in young women.

Key words: alexithymia, aggression, hostility, difficulty identifying feelings, distress, depression, anxiety, psycho-emotional disorders, risk factor.

References

1. Abramova A.A., Kuznetsova S.O., Enikolopov S.N., Razumova A.V. Specifika pojavlenij agressivnosti u bol'nyh s depressiej raznoj nozologicheskoj pri-nadlezhnosti, stepeni tjazhesti i dlitel'nosti [Specificity of the manifestations of aggression in patients with depression different nosology, severity and duration]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija* [The Moscow University Psychology Bulletin]. 2014. N 2. Pp. 75–89. (In Russ.)
2. Ageenkova E.K., Larionov P.M. Zhiznennyj scenarij i specifika jemocional'noj sfery bol'nyh depressiej skvoz' prizmu proektivnoj psihodiagnostiki [Life script and specifity of patients emotional sphere with depression through a prism of projec-tive psychodiagnostics]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2020. Vol. 12, N 1 (60). http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2020_1_60/nomer08.php (In Russ.)
3. Brel E.Yu. Aleksitimija v norme i patologii: psihologicheskaja struktura i vozmozhnosti prevencii [Alexithymia in norm and pathology: psychological structure and possibilities of prevention]: thesis of the dissertation for the Doctor of Psychology degree. Tomsk, 2018. 40 p. (In Russ.)
4. Brel E.Yu. Aleksitimija v strukture «prakticheski zdorovoj» lichnosti [Alexithymia in the structure of "apparently healthy" personality]. *Sibirskij psi-hologicheskij zhurnal* [Siberian Journal of Psychology]. 2018. N 67. Pp. 89–101. (In Russ.)
5. Brel E.Yu., Stoyanova I.Ya. Fenomen aleksitimii v kliniko-psihologicheskikh issledovanijah (obzor literatury) [Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review)]. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* [Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2017. N 4. Pp. 74–81. (In Russ.)
6. Garanyan N.G. Teoreticheskie modeli i jempiricheskie issledovanija vrazhdebnosti pri depressivnyh i trevozhnyh rasstrojstvah [Theoretical models and empirical studies on hostility in depressive and anxiety disorders]. *Medicinskaja psi-hologija v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2011. N 2. http://www.mprj.ru/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer15.php (In Russ.)
7. Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A. [et al.] Vzaimosvjaz' vrazhdeb-nosti s informirovannost'ju o zdorov'e i drugimi psihosocial'nymi faktorami v otkrytoj populjaciji zhenshin 25–64 let v Novosibirsk [An association of hostility with awareness of health and other psychosocial factors in an open female population aged 25–64 years in Novosibirsk]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics]. 2016. N 8 (1). Pp. 16–21. (In Russ.)
8. Enikolopov S.N. Vrazhdebnost' v klinicheskoj i kriminal'noj psihologii [Hostility in Clinical and Criminal Psychology]. *Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal* [National Psychological Journal]. 2007. N 1 (2). Pp. 33–39 (In Russ.)
9. Enikolopov S.N., Chudova N.V. Problema proyavlenij vrazhdebnoj usta-novki [The problem of hostile attitude]. *Psikhologicheskie Issledovaniya* [Psychological Studies]. 2017. Vol. 10, N 54. P. 12. (In Russ.)
10. Lukanova E.V. Vrazhdebnost' kak kommunikativnaja ustanovka lichnosti:

psihosemantičeskij aspekt [Hostility as a personal communicative attitude: psycho-semantic aspect]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Serija 12* [Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology]. 2008. N 3. Pp. 428–433. (In Russ.)

11. Nartova-Bochaver S.K., Potapova A.V. Uroven' aleksitimii kak indikator psihologičeskoj ustojčivosti studentov tehničeskikh i gumanitarnyh vuzov [Level of alexithymia as an indicator of psychological stability of students of technical and humanitarian higher educational institutions]. *Psikhologičeskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2012. N 17 (3). Pp. 10–17. (In Russ.)

12. Pankov M.N., Kozhevnikova I.S., Sidorova E.Yu. [et al.] Psihofiziologičeskie harakteristiki detej s agresivnym povedeniem [Psychophysiological Characteristics of Children with Aggressive Behavior]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2018. N 2. Pp. 37–44. (In Russ.)

13. Severova E.A., Okhapkin A.S., Dautova M.A., Reutova E.V. Aleksitimiya kak fenomen, obedinyayushij nekotorye aspekty psihičeskoj i psihosomatičeskoj patologij [Alexithymia as a phenomenon, combining some aspects of mental and psychosomatic disorders]. *Vestnik Smolenskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii* [Vestnik of the Smolensk State Medical Academy]. 2016. N 15 (4). Pp. 126–133. (In Russ.)

14. Slobodskaya E.R., Bocharov A.V., Ryabichenko T.I. Vzaimodejstvie agresivnogo povedenija i trevožnosti v processe prisposoblenija podrostopkov: rol' faktora pola [Anxiety and aggression as moderators of adolescent adjustment: the impact of gender]. *Sibirskij psihologičeskij žurnal* [Siberian Journal of Psychology]. 2008. N 29. Pp. 32–36. (In Russ.)

15. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Jemocional'nye rasstrojstva i sovremennaja kul'tura [Emotional disorders and modern culture]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija* [Counseling Psychology and Psychotherapy]. 1999. N 7 (2). Pp. 61–90. (In Russ.)

16. Chukhrova M.G., Sivolapov A.F., Safin D.I. Agresivnost' i vrazhdebnost' kak projavlenie zashhitnyh mehanizmov psihiki [Aggressive and hostile as a manifestation of protective gear psyche]. *Mir nauki, kul'tury, obrazovanija* [The world of science, culture and education]. 2011. N 6 (31). Pp. 295–297. (In Russ.)

17. Aranowska E., Pytel J., Szymańska A. Kwestionariusz Agresji Bussa-Perry'ego: Trafność, rzetelność i normy. Warszawa: Instytut Amity. 2015. 205 p.

18. Czachowski S., Izdebski A., Terluin B. [et al.] Walidacja kwestionariusza 4DSQ mierzącego dystres, depresję, lęk i somatyzację w Polsce. *Problemy Medycyny Rodzinnej*. 2013. Vol. 4, N 40. Pp. 14–20.

19. Fava G.A., Cosci F., Sonino N. Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2017. Vol. 86, N 1. Pp. 13–30.

20. Halicka M., Herzog-Krzywoszańska R. Niepojęte emocje – aleksytymia z perspektywy neuropsychologicznej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2016. N 2. Pp. 72–79.

21. Hayes A.F. Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition. New York: Guilford Publications. 2018. 692 p.

22. Jackowska E. Zrozumieć aleksytymię. *Medycyna Rodzinna*. 2018. Vol. 21, N 2. Pp. 139–146.

23. Janiec M., Toś M., Bratek A. [et al.] Family and demographic factors re-

lated to alexithymia in Polish students. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2019. Vol. 21, N 1. Pp. 22–27.

24. Karukivi M., Saarijärvi S. Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 4, N 4. Pp. 91–102.

25. Maruszewski T., Ścigała E. Kwestionariusze do badania aleksytymii – teoria i praktyka. *Przegląd Psychologiczny*. 1997. Vol. 40, N 3/4. Pp. 385–417.

26. Motan İ., Gençöz T. The Relationship Between the Dimensions of Alexithymia and the Intensity of Depression and Anxiety. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007. Vol. 18, N 4. Pp. 1–11.

27. Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30, N 1. Pp. 107–115.

28. Płońska D., Czernikiewicz A. Aleksytymia – ciągle wiele pytań. Część I. Definiowanie aleksytymii. *Psychiatria*. 2006. Vol. 3, N 1. Pp. 1–7.

29. Płońska D., Hnat L., Grzesiewska J. [et al.] Aleksytymia – ciągle wiele pytań. Część II. Aleksytymia w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych. *Psychiatria*. 2006. Vol. 3, N 1. Pp. 8–14.

30. Spitzer C., Siebel-Jürges U., Barnow S. [et al.] Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005. Vol. 74, N 4. Pp. 240–246.

31. Terluin B., van Marwijk H.W., Adèr H.J. [et al.] The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC psychiatry*. 2006. Vol. 6.

32. Vorst H.C.M., Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30, N 3. Pp. 413–434.

33. Zarei J., Besharat M.A. Alexithymia and interpersonal problems. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2010. N 5. Pp. 619–622.

Received 24.04.2020

For citing. Larionov P.M. Aleksitimiya i agressiya kak prediktory psihoemotionalnyh narushenij. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 76–96. **(In Russ.)**

Larionov P.M. Alexithymia and aggression as risk factors for psychoemotional disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 76–96.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗЛИЧНЫМИ СТРАТЕГИЯМИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Санкт-Петербургский университет МВД России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1.);

³ Астраханский государственный медицинский университет
(Россия, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121).

На основе сравнительного анализа выявляются особенности стрессоустойчивости, личностной и ситуационной тревожности у больных психосоматического профиля (с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий) во взаимосвязи со стратегиями защитно-совладающего поведения. По итогам анализа делается вывод о целесообразности сосредоточения усилий медицинских психологов в ходе психокоррекционной работы на снижение частоты использования рассматриваемой категорией больных пассивных и активных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях.

Ключевые слова: больной, гипертоническая болезнь, стратегия поведения, защитно-совладающее поведение, психологическая диагностика, стрессоустойчивость, тревожность, психокоррекция, сравнительный анализ.

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

Ашанина Елена Николаевна – д-р психол. наук, доцент, проф., каф. безопасности жизнедеятельности, экстрем. и радиац. Медицины, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

✉ Кобозев Игорь Юрьевич – канд. психол. наук, доцент, зам. начальника каф. юридической психологии, Санкт-Петербургский ун-т МВД России (Россия, 198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1.), e-mail: igorkobozev@yandex.ru;

Кубекова Алия Салаватовна – ст. преподаватель каф. психологии и педагогики, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121), e-mail: alya_kubekova@mail.ru.

Введение

Многочисленные исследования ряда авторов – М.Г. Киселёвой [6], Ж.В. Максимова и Д.М. Максимова [7], С.Н. Алексеенко [1], С.А. Бойцова, А.Е. Демкиной, Е.В. Ощепковой и Ю.А. Долгушевой [2] и др. – убедительно свидетельствуют о влиянии психологических факторов на возникновение и течение сердечно-сосудистых заболеваний. В числе ведущих психологических факторов указываются стресс, тревога, защитно-совладающее поведение. Поэтому исследование психологических особенностей защитно-совладающего поведения больных гипертонической болезнью является достаточно актуальным. Особый интерес вызывают вопросы выраженности различных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях, стресса и тревоги у больных гипертонической болезнью на различных стадиях заболевания.

Изучение психологических особенностей защитно-совладающего поведения больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий в конфликтных ситуациях позволит более целенаправленно подбирать методы коррекции их негативных психических состояний и повысить эффективность лечения и профилактической работы.

Целью исследования явилось изучение психологических особенностей больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий с преобладанием в поведении активных адаптивных, активных дезадаптивных и пассивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях.

Материал и методы

В нашем исследовании приняли участие две группы больных две группы больных гипертонической болезнью: первая группа – больные с гипертонической болезнью (ГБ) 2-й стадии, 74 человека; вторая группа – больные с гипертонической болезнью (ГБ) 3-й стадии, 73 человека. Средний возраст больных в обеих группах составил 46+3,6 лет. Выборки были рандомизированы по полу, возрасту, психосоматическому статусу, коморбидной патологии.

Для психодиагностического исследования названных групп больных нами были использованы следующие психодиагностические методики: тест на выявление уровня тревожности (Ч. Спилбергер в модификации Ханнина) [4]; методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации (Т. Холмс и Р. Праге) [3]; тест на выявление склонности к конфликтному поведению (Томас–Килманн, 1981, адаптирован Н.В. Гришиной) [5].

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программ SPSS Statistics 21, Microsoft Excel.

Результаты и их анализ

Выделение подгрупп больных с доминированием активных адаптивных, активных дезадаптивных и пассивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях нами проводилось на основе показателей методики Томаса–Килманна [5].

В качестве критериев для выделения подгрупп выступили показатели по шкалам «сотрудничество» (активная адаптивная копинг-стратегия), «конкуренция» (активная дезадаптивная копинг-стратегия), «приспособление», «компромисс» и «избегание» (пассивные дезадаптивные копинг-стратегии).

Основанием для выработки значений критериев послужило выделение высоких, средних и низких показателей по шкале на основе расчёта стандартного отклонения по данной шкале и откладывания его значения в плюс и минус от значения среднего показателя по рассматриваемой шкале.

Числовые значения критериев по шкалам методики Томаса–Килманна приводятся в табл. 1.

Таблица 1

Критерии выделения подгрупп с преобладающими стратегиями защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях у больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий (X_i – показатель методики; M – средний показатель по шкале; σ – стандартное отклонение)

Название подгруппы	Правило определения границ уровней	Границы уровней
Преобладание активной адаптивной стратегии защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации (в подгруппе высокие показатели стратегии «сотрудничество»)	$X_i > M + 1 \cdot \sigma$	> 9 (ГБ 2 стадии) > 10 (ГБ 3 стадии)
Преобладание пассивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях («приспособление», «компромисс» и «избегание»)	лица, не вошедшие в 1-ю и 3-ю подгруппы	–
Преобладание активной дезадаптивной стратегии защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации (в подгруппе высокие показатели стратегии «конкуренция»)	$X_i > M + 1 \cdot \sigma$	> 10 (ГБ 2 стадии) > 9 (ГБ 3 стадии)

В обеих группах больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий были выделены по три подгруппы:

– в первую подгруппу вошли больные с преобладанием активной адаптивной стратегии защитно-совладающего поведения в конфликтных

ситуациях (значение показателя по шкале «сотрудничество» 9 и выше для ГБ 2-й стадии, 10 и выше для ГБ 3-й стадии);

– во вторую подгруппу включались лица с преобладанием пассивных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях – «приспособление», «компромисс» и «избегание» (показатели по стратегиям «конкуренция» и «сотрудничество» ниже 9);

– в третью подгруппу включались лица с преобладанием активной дезадаптивной стратегии защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях (значение показателя по шкале «конкуренция» 10 и выше для ГБ 2-й стадии, 9 и выше для ГБ 3-й стадии).

Распределение больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий по подгруппам представлено в табл. 2.

Таблица 2

Результаты сравнения преобладающих стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях у больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий (чел. / %)

Подгруппы больных	1-я группа (ГБ, 2-я ст.)	2-я группа (ГБ, 3-я ст.)	p <
Преобладание активной адаптивной стратегии защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации (в подгруппе высокие показатели стратегии «сотрудничество»)	6 (8 %)	19 (26 %)	0,01
Преобладание пассивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях («приспособление», «компромисс» и «избегание»)	42 (57 %)	37 (51 %)	–
Преобладание активной дезадаптивной стратегии защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации (в подгруппе высокие показатели стратегии «конкуренция»)	26 (35 %)	17 (23 %)	0,05
Всего:	74 (100 %)	73 (100 %)	

Полученные данные указывают на частоту использования трёх выделенных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях у больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий. Во всех сравниваемых группах наибольший удельный вес имеют пассивные стратегии защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях – 57 % при ГБ 2-й стадии и 51 % при ГБ 3-й стадии.

Максимально выражена активная дезадаптивная стратегия «конкуренция» в 1-й группе больных (35 %, 26 чел.), во 2-й группе больных процент лиц с преобладанием данной стратегии достоверно ниже по сравнению с первой (23 %, 17 чел.) при практически одинаковой численности больных в обеих рассматриваемых группах.

В целом, у больных ГБ 2-й стадии можно отметить доминирование пассивных («приспособление», «компромисс» и «избегание» – 57 % чел.) и активных («конкуренция» – 35 %) дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликте, а у больных ГБ 3-й стадии, кроме преобладания пассивных («приспособление», «компромисс» и «избегание» – 51 %) и активных («конкуренция» – 23 %) дезадаптивных стратегий, высока значимость активной адаптивной стратегии («сотрудничество» – 26 %).

Таким образом, в группе больных ГБ 3-й стадии достоверно ($p < 0,01$) более выражена по частоте использования активная адаптивная стратегия защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации «сотрудничество», предполагающая низкий уровень конфликтности и стремление к поиску компромисса по сравнению с больными ГБ 2-й стадии. В свою очередь, в группе больных ГБ 2-й стадии достоверно ($p < 0,05$) более выражена по частоте использования активная дезадаптивная стратегия защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации «конкуренция», предполагающая более высокий уровень конфликтности и нежелания идти на компромисс.

Далее мы анализировали результаты сравнительного анализа стрессоустойчивости и уровня тревожности в выделенных подгруппах больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий.

В таблице 3 приводятся результаты сравнительного анализа уровня стрессоустойчивости (методика Холмса и Раге [3]) в выделенных подгруппах 1-й группы больных с гипертонической болезнью 2-й стадии.

Согласно данным, представленным в табл. 3, наибольший уровень стрессоустойчивости отмечается в подгруппе больных с преобладанием стратегии поведения «сотрудничество» в конфликтной ситуации, он достоверно выше ($p < 0,001$), чем в подгруппе лиц с преобладанием пассивных стратегий поведения.

Таблица 3

Результаты сравнения уровня стрессоустойчивости (методика Холмса и Раге) в 1-й группе больных с гипертонической болезнью 2-й стадии ($M \pm m$)

Уровень стрессоустойчивости	Лица с преобладанием стратегии поведения «сотрудничество» в конфликтной ситуации (активная адаптивная копинг-стратегия), n = 6	Лица с преобладанием пассивных стратегий поведения «приспособление», «компромисс» и «избегание» в конфликтной ситуации (пассивные дезадаптивные копинг-стратегии), n = 42	Лица с преобладанием стратегии поведения «конкуренция» в конфликтной ситуации (активная дезадаптивная копинг-стратегия), n = 26	p <
Стрессоустойчивость	222,5 ± 26,30	300,74 ± 5,75	270,77 ± 10,55	p ₃₋₄ < 0,001 p ₄₋₅ < 0,01

Самый низкий уровень стрессоустойчивости (300,74) отмечается в подгруппе больных ГБ 2-й стадии с преобладанием использования пассивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации, он достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у подгруппы больных с преобладанием активной дезадаптивной стратегии «конкуренция». Этот результат указывает на наиболее негативное влияние пассивных дезадаптивных стратегий на уровень стрессоустойчивости рассматриваемой группы больных.

В табл. 4 приводятся результаты сравнительного анализа уровня тревожности (методика Ч. Спилбергера [4]) в выделенных подгруппах 1-й группы больных ГБ 2-й стадии.

Уровни ситуативной и личностной тревожности мало отличаются в выделенных нами подгруппах больных с ГБ 2-й стадии. Наиболее высокие по абсолютному значению уровни тревожности отмечаются во 2-й подгруппе больных с преобладанием пассивных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации, у них отмечается умеренный уровень ситуативной и личностной тревожности, при том что личностная тревожность заметно выше.

Таблица 4

Результаты сравнения показателей уровня тревожности (методика Ч. Спилбергера) в 1-й группе больных с гипертонической болезнью 2-й стадии ($M \pm m$)

Уровень тревожности	Лица с преобладанием стратегии поведения «сотрудничество» в конфликтной ситуации (активная адаптивная копинг-стратегия), n = 6	Лица с преобладанием пассивных стратегий поведения «приспособление», «компромисс» и «избегание» в конфликтной ситуации (пассивные дезадаптивные копинг-стратегии), n = 42	Лица с преобладанием стратегии поведения «конкуренция» в конфликтной ситуации (активная дезадаптивная копинг-стратегия), n = 26	p <
Ситуативная тревожность	30,83 ± 5,83	42,48 ± 1,21	40,38 ± 2,03	p ₃₋₄ < 0,01
Личностная тревожность	37,00 ± 4,88	43,45 ± 1,33	41,54 ± 1,78	

Вместе с тем в 1-й подгруппе больных с преобладанием активной адаптивной стратегии «сотрудничество» отмечается низкий уровень ситуативной тревожности (30,83), который достоверно ниже ($p < 0,01$), чем уровень тревожности во 2-й и 3-й подгруппах. Данная тенденция сохраняется и по личностной тревожности, только достоверных различий между подгруппами выявлено не было. Полученный результат указывает на максимально негативное влияние на уровень тревожности пассивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях.

В таблице 5 приводятся результаты сравнительного анализа уровня стрессоустойчивости (методика Холмса и Раге [3]) в выделенных подгруппах 2-й группы больных с ГБ 3-й стадии.

Согласно данным табл. 5, самый высокий уровень стрессоустойчивости отмечается в 1-й подгруппе больных с преобладанием стратегии защитно-совладающего поведения «сотрудничество» в конфликтной ситуации, он достоверно выше ($p < 0,001$), чем в 3-й подгруппе с преобладанием стратегии поведения «конкуренция» и во 2-й подгруппе с преобладанием пассивных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации.

Таблица 5

Результаты сравнения уровня стрессоустойчивости (методика Холмса и Раге) во 2-й группе больных с гипертонической болезнью 3 стадии ($M \pm m$)

Уровень стрессоустойчивости	Лица с преобладанием стратегии поведения «сотрудничество» в конфликтной ситуации (активная адаптивная копинг-стратегия), n = 19	Лица с преобладанием пассивных стратегий поведения «приспособление», «компромисс» и «избегание» в конфликтной ситуации (пассивные дезадаптивные копинг-стратегии), n = 37	Лица с преобладанием стратегии поведения «конкуренция» в конфликтной ситуации (активная дезадаптивная копинг-стратегия), n = 17	p <
Стессоустойчивость	239,74±14,57	294,97±8,54	299,59±10,57	p ₃₋₄ < 0,01 p ₃₋₅ < 0,01

Значимых отличий показателей стрессоустойчивости больных 2-й и 3-й подгрупп выявлено не было, но их показатели достоверно выше, чем у больных 1-й подгруппы и почти достигают уровня низкой стрессоустойчивости, тогда как в 1-й подгруппе показатель стрессоустойчивости на среднем уровне.

В табл. 6 приводятся результаты сравнительного анализа уровня тревожности (методика Ч. Спилбергера [4]) в выделенных подгруппах 2-й группы больных с ГБ 3-й стадии.

Согласно данным табл. 6, ситуационная тревожность достоверно выше ($p < 0,05$) у больных 3-й подгруппы с преобладанием активной дезадаптивной стратегии поведения «конкуренция» по сравнению с показателями первой подгруппы. Также выявлен достоверно более высокий уровень тревожности ($p < 0,01$) во 2-й подгруппе больных с преобладанием пассивных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях по сравнению с больными 1-й подгруппы с преобладанием стратегии «сотрудничество».

Таблица 6

Результаты сравнения показателей уровня тревожности (методика Ч. Спилбергера) во 2-й группе больных с гипертонической болезнью 3-й стадии ($M \pm m$)

Уровни тревожности	Лица с преобладанием стратегии поведения «сотрудничество» в конфликтной ситуации (активная адаптивная копинг-стратегия), n = 19	Лица с преобладанием пассивных стратегий поведения «приспособление», «компромисс» и «избегание» в конфликтной ситуации (пассивные дезадаптивные копинг-стратегии), n = 37	Лица с преобладанием стратегии поведения «конкуренция» в конфликтной ситуации (активная дезадаптивная копинг-стратегия), n = 17	p <
Ситуативная тревожность	35,68 ± 2,56	40,84 ± 1,57	42,53 ± 2,20	p ₃₋₅ < 0,05
Личностная тревожность	35,84 ± 2,46	43,05 ± 1,35	42,53 ± 2,57	p ₃₋₄ < 0,01

В целом можно отметить существенно более низкий уровень ситуативной и личностной тревожности больных 1-й подгруппы с преобладанием активной адаптивной стратегии поведения «сотрудничество» по сравнению с двумя другими подгруппами больных с преобладанием дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях.

Выводы

1. Наиболее часто используется активная дезадаптивная стратегия защитно-совладающего поведения в конфликтной ситуации «конкуренция» больными гипертонической болезнью 2-й стадии, тогда как у больных гипертонической болезнью 3-й стадии частота использования данной стратегии достоверно ниже ($p < 0,05$). В свою очередь, больные гипертонической болезнью 3-й стадии достоверно ($p < 0,01$) более часто используют активную адаптивную стратегию поведения в конфликтной ситуации «сотрудничество». Данный результат может быть обусловлен более острым переживанием болезненного состояния больными при первоначальном столкновении с заболеванием, в дальнейшем острота переживаний снижается, что приводит к снижению уровня конфликтности.

2. Уровень стрессоустойчивости наиболее высок в подгруппах больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий с преобладанием в поведении активной адаптивной стратегии «сотрудничество», а наиболее низок в подгруппе больных гипертонической болезнью 2-й стадии с преобладанием использования пассивных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях «приспособление», «компромисс», «избегание» и в подгруппе больных гипертонической болезнью 3-й стадии с преобладанием активной дезадаптивной стратегии поведения в конфликтной ситуации «конкуренция». Данный результат указывает на негативное влияние пассивных и активных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях на стрессоустойчивость больных гипертонической болезнью при их преобладании в частоте использования, что может служить одной из причин дальнейшего ухудшения их здоровья.

3. В подгруппах больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий с преобладанием использования активной адаптивной стратегии защитно-совладающего поведения к конфликтной ситуации «сотрудничество» отмечается более низкий уровень ситуативной и личностной тревожности по сравнению с подгруппами, в которых преобладают активная дезадаптивная стратегия поведения «конкуренция» и пассивные дезадаптивные стратегии поведения «приспособление», «компромисс» и «избегание». Достоверных отличий по уровню ситуативной и личностной тревожности между подгруппами больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий в подгруппах с преобладанием пассивных и активных дезадаптивных стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях выявлено не было, что указывает на примерно одинаковый уровень тревожности в данных подгруппах.

4. В целом установлено влияние преобладающих стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях на уровень стрессоустойчивости и тревожности больных гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий, что обуславливает ориентировку психокоррекционных мероприятий, проводимых медицинскими психологами с рассматриваемой категорией больных, в направлении первоочередной коррекции используемых ими стратегий защитно-совладающего поведения в конфликтных ситуациях.

Литература

1. Алексеенко С.Н., Дробот Е.В. Профилактика заболеваний: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Изд. дом Акад. естествознания, 2015. – 449 с.
2. Бойцов С.А., Демкина А.Е., Ощепкова Е.В., Долгушева Ю.А. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе / Кардиология. – 2019. – Т. 59, № 3. – С. 53–59.
3. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
4. Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб.: «Речь», 2002. – 176 с.
5. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. – СПб.: Речь, 2010. – 144 с.
6. Киселёва М.Г. Психологические факторы в течении сердечно-сосудистых заболеваний / Национальный психологический журнал. – 2012. – № 1 (7). – С. 124–130.
7. Максимова Ж.В., Максимов Д.М. Артериальная гипертония у лиц трудоспособного возраста: гендерные особенности и взаимосвязь с уровнем образования / Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 2. – С. 24–32.

Поступила 01.06.2020

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

Для цитирования. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю., Кубекова А.С. Психологические особенности больных психосоматического профиля с различными стратегиями защитно-совладающего поведения // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 97–109.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC PROFILE WITH VARIOUS STRATEGIES OF PROTECTIVE-COPING BEHAVIOR

Rybnikov V.Yu.¹, Auchanina E.N.¹, Kobozev I.Yu.², Kubekova A.S.³

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia

(Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

² St.Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia
(Pilot Pilyutov Str., 1, St. Petersburg, Russia);

³ Astrakhan State Medical University
(Baku Str., 121, Astrakhan, Russia).

Viktor Yur'evich Rybnikov – Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci., Prof., Meritorious Scientist of Russia, Deputy Director (Science and Education) of the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrterm.spb.ru;

Elena Nikolaevna Ashanina – Dr. Psychol. Sci. Assistant Prof., Prof. Department of health and safety, extreme and radiation medicine The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

✉ Igor Yurievich Kobozev – PhD Psychol. Sci., lecturer, Deputy hand of the Department of Legal Psychology, St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia (Pilot Pilyutov Str., 1 St. Petersburg, 198206, Russia), e-mail: igorkobozev@yandex.ru;

Aliya Salavatovna Kubekova – senior teacher of Department of Psychology and Pedagogy, Astrakhan State Medical University (Baku Str., 121, Astrakhan, 414000, Russia), e-mail: alya_kubekova@mail.ru.

Abstract. Based on a comparative analysis, the features of stress tolerance, personal and situational anxiety in psychosomatic patients (with hypertension 2 and 3 stages) are revealed in conjunction with strategies for protective-coping behavior. Based on the results of the analysis, it is concluded that it is advisable to concentrate the efforts of medical psychologists during psycho-correctional work to reduce the frequency of use by the category of patients with passive and active maladaptive strategies of protective-coping behavior in conflict situations.

Key words: patient, hypertension, behavioral strategy, protective-coping behavior, psychological diagnosis, stress tolerance, anxiety, psychocorrection, comparative analysis.

References

1. Alekseenko S.N., Drobot E.V. Profilaktika zabolevanij [Disease prevention]. Moskva. 2015. 449 p.
2. Boytsov S.A., Demkina A.E., Oshchepkova E.V., Dolgusheva Y.A. Dostizheniya i problemy prakticheskoy kardiologii v Rossii na sovremennom etape [Progress and Problems of Practical Cardiology in Russia at the Present Stage]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2019. Vol. 59. N 3. Pp. 53–59. (In Russ.)
3. Vodopyanova N.E. Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnosis of stress]. Sankt-Peterburg. 2009. 336 p. (In Russ.)
4. Diagnostika emocionalno-nravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development]. Ed. Dermanova I.B. Sankt-Peterburg. 2002. 176 p. (In Russ.)
5. Dukhnovsky S.V. Diagnostika mezhlchnostnyh otnoshenij [Diagnostics of interpersonal relationships]. Sankt-Peterburg. 2010. 144 p. (In Russ.)
6. Kiselyova M.G. Psihologicheskie faktory v techenii serdechno-sosudistykh zabolevanij [Psychological factors in the course of cardiovascular diseases]. *Nacionalnyj psihologicheskij zhurnal* [National psychological journal]. 2012. N 1 (7). Pp. 124–130. (In Russ.)

7. Maksimova Z.V., Maksimov D.M. Arterialnaya gipertoniya u lits trudo-sposobnogo vozrasta: gendernye osobennosti i vzaimosvyaz s urovnem obrazovaniya [Hypertension in working age population: influence of gender and education]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2020. Vol. 60. N 2. Pp. 24–32. (In Russ.).

Received 01.06.2020

For citing. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh psikhosomaticheskogo profilya s razlichnymi strategiyami zashhitno-sovladayushhego povedeniya. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 97–109. **(In Russ.)**

Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N., Kobozev I.Yu., Kubekova A.S. Psychological features of patients with psychosomatic profile with various strategies of protective-coping behavior. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 97–109.

ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНЮ

¹ Санаторно-курортный комплекс «Западный» МО РФ
(Россия, Санкт-Петербург, Тарховский пр., 24);

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

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

В работе представлены данные о влиянии патогенных факторов в формировании объективных различий в функционировании системы кровообращения у больных кардиальной патологией по сравнению со здоровыми лицами, что может быть использовано в диагностике, при выявлении групп риска, а также в поиске возможных методов лечения, направленных на нормализацию регуляции функционирования сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: психологические показатели человека, функциональное состояние организма, гипертония, ишемическая болезнь сердца, санаторное лечение.

Наибольший вклад в преждевременную смертность населения России вносят семь факторов риска, такие как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, алиментарный фактор (недостаточное потребление овощей и фруктов), избыточная масса тела, избыточное потребление алкоголя, гиподинамия (недостаток подвижности) [6, 7, 8].

Яремко Василий Иванович – засл. врач РФ, начальник Санаторно-курортного комплекса «Западный» (Россия, 197701, Санкт-Петербург, Тарховский пр., д. 24), e-mail: 9212249965@mail.ru;

✉ Леонтьев Олег Валентинович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. терапии и интегративной медицины ин-та ДПО «Экстремальная медицина», Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: lov63@inbox.ru;

Войцицкий Анатолий Николаевич – д-р мед. наук доц., препод. каф. патологической физиологии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: lov63@inbox.ru;

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

В 1991 году Dzau и Braunwald предложили концепцию сердечно-сосудистого континуума (ССК), представляющего собой цепь последовательных событий, приводящих в финале к развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН) и смерти больного. Пусковыми звеньями этого «фатального каскада» являются факторы риска [1, 2, 3].

Обследовано 167 больных мужского пола, находящихся на лечении в 1-м Военно-морском клиническом госпитале и Санаторно-курортном комплексе «Западный» (группа больных). В основном это были больные кардиологического профиля: с гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС). В группу контроля (группа здоровых, 42 человека мужского пола) вошли лица той же возрастной группы с диагнозом «практически здоров». Возраст в группах составил в среднем $54 \pm 1,5$ лет.

В табл. 1 представлены данные анализа наличия сопутствующей патологии у различных возрастных групп.

Таблица 1

Распределение обследуемых лиц по наличию сопутствующей патологии, абс. ч.

Возраст, лет	Одно заболевание	Два и более заболеваний	Общее количество
Менее 50	63	16	79
50–60	23	65	88
Всего	86	81	167

Больные старших возрастных групп в большей степени имели различные сопутствующие заболевания, что отражалось в особенностях лечебно-восстановительного процесса.

Большинство обследованных отмечали постоянное психоэмоциональное перенапряжение, связанное с ненормированностью служебного времени, динамизмом деятельности, дефицитом общения с семьей. Обращает внимание, что только 4 % исследуемых были участниками локальных боевых конфликтов (табл.2).

Таблица 2

Количество обследуемых лиц, относящихся к основным группам риска военной службы, абс. ч.

Группы риска	Пенсионеры МО РФ
Ликвидация последствий чрезвычайных ситуаций	7
Участники боевых действий	7
Плавсостав надводных кораблей	12
Плавсостав подводных лодок	23
Военнослужащие воздушно-десантных войск	1
Летно-подъемный состав военно-воздушных сил	8
Служба в специальных сооружениях	2
Служба в сухопутных частях (мотострелковые, танковые)	92
Не относится к перечисленным группам	15
Всего	167

Эти данные свидетельствуют о необходимости всестороннего изучения больных, охвата обследования всеми специалистами.

Исследовались психологические и психофизиологические показатели: личностная (ЛТ) и реактивная тревожность (РТ) по тесту Спилбергера–Ханина; латентный период сложной сенсомоторной реакции с выбором (ЛП ССМР); показатели критической частоты слияния световых мельканий (КЧСМ). Выполнялось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), вегетативного тонуса системы кровообращения по А.М. Вейну (2003).

Лечение больных (пенсионеры МО запаса) с заболеваниями системы кровообращения (ГБ и ИБС) всегда связано с проблемой вторичной профилактики данного заболевания и с проблемой влияния экзогенных факторов. Экзогенные факторы риска изучены наиболее полно, их перечень постоянно расширяется [4, 5, 11, 12].

Изменение социальных и экономических приоритетов повлекло за собой перемены в силе и направленности воздействия факторов риска и, как следствие, изменение уровня и структуры заболеваемости населения болезнями системы кровообращения.

В связи с изменением условий жизни населения Российской Федерации за последнее десятилетие существенной корректировке подверглось и влияние различных факторов внешней среды на общественное здоровье. Учет и анализ факторов риска патологии позволяет выявить и конкретизировать патогенное влияние как среды питания, так и изменения внутренней

среды организма человека. Важную роль при анализе факторов риска у пациентов имеет избыточный вес. В табл. 3. представлены данные анализа наличия величины индекса массы тела (ИМТ) у различных возрастных групп.

Таблица 3

Распределение обследуемых лиц по величине индекса массы тела

Возраст, лет	ИМТ 25–30	ИМТ более 30	ИМТ менее 25	Количество обследованных
Менее 50	47	22	10	79
50–58	49	34	5	88
Всего	86	56	15	167

Больные старшей возрастной группы имеют высокие показатели ИМТ. Это отрицательно отражается на характере и продолжительности восстановительного периода.

Среди основных факторов риска, влияющих на ухудшение клинических проявлений заболевания, важным является курение. Вопросы, касающиеся курения, употребления алкоголя и наркотических средств, были адресованы всем исследуемым. Ухудшение субъективного самочувствия и нарастание ограничения физической активности закрепляет потребность пациента в курении. Отмечено, что курение оказывает влияние как на субъективное состояние больного, так и на объективные показатели здоровья.

Проведенное исследование показало, что из общего количества обследуемых больных 10,1 % продолжают курить. В группе больных кардиологического профиля (ГБ и ИБС), которые бросили курить в настоящее время, раньше курили 43,1 %.

Отказ от курения нами рассматривался как важнейшее условие эффективного ведения больных с кардиологической патологией.

Субъективное состояние испытуемых группы больных с заболеваниями системы кровообращения (ГБ и ИБС) пенсионеров МО запаса характеризовалось жалобами астено-невротического характера на нарушение процесса засыпания, раздражительностью, чувством усталости, периодически возникающим учащением сердцебиения, повышенной потливостью.

В группе лиц с заболеваниями системы кровообращения выявлено, что уровень реактивной и личностной тревожности оценивается как умеренно тревожный (табл. 4).

Таблица 4

Показатели теста Спилбергера–Ханина у больных ГБ и ИБС, $M \pm m$

Показатели, ед. изм.	Значения показателей в группах	
	Группа здоровых (n = 42)	Группа больных (n = 167)
Реактивная тревожность, у. е.	33,1 ± 0,4	52,4 ± 2,9 *
Личностная тревожность, у. е.	36,2 ± 2,1	55,3 ± 2,3 *

Примечание: * здесь и в табл. 5–7 различия достоверны, $p < 0,05$.

Одновременно отмечался более длинный латентный период сложной сенсомоторной реакции (с выбором), что свидетельствует о снижении лабильности нервной системы (табл. 5).

Таблица 5

Психофизиологические показатели у больных ГБ и ИБС, $M \pm m$

Показатели, ед. изм.	Значения показателей в группах	
	Группа здоровых (n = 42)	Группа больных (n = 167)
ЛП ССМР, мс	263,4 ± 5,2	295,7 ± 6,3*
КЧСМ, у. е.	41,1 ± 1,2	37,7 ± 1,2

Отмечалось выраженное увеличение систолического АД в группе больных (пенсионеры МО запаса) с заболеваниями системы кровообращения (ГБ и ИБС) как в дневное, так и в ночное время (табл. 6).

Таблица 6

Показатели артериального давления при суточном мониторинговании у больных ГБ и ИБС, $M \pm m$

Показатели, ед. изм.	Значения показателей в группах	
	Группа здоровых (n = 11)	Группа больных (n = 33)
Диастолическое давление, мм. рт. ст. (день)	81,1 ± 2,4	89,5 ± 2,2
Диастолическое давление, мм. рт. ст. (ночь)	67,1 ± 1,4	81,3 ± 1,3*
Систолическое давление, мм. рт. ст. (день)	125,3 ± 1,8	136,2 ± 1,6*
Систолическое давление, мм. рт. ст. (ночь)	105,5 ± 1,8	125,2 ± 1,6*

Это свидетельствует о снижении эффективности вегетативной регуляции в группе больных (пенсионеры МО запаса) с заболеваниями системы кровообращения (ГБ и ИБС).

При исследовании вегетативного тонуса системы кровообращения по А.М. Вейну (2003) определяется выраженное преобладание симпатического тонуса у больных (пенсионеров МО запаса) с заболеваниями системы кровообращения (ГБ и ИБС) (табл. 7).

Таблица 7

Показатели вегетативного тонуса системы кровообращения
(по А. М. Вейну 2003), $M \pm m$

Вегетативные влияния	Группа здоровых (n = 11)	Группа больных (n = 33)
Парасимпатические	$12,98 \pm 0,33$	$10,89 \pm 0,23^*$
Симпатические	$14,32 \pm 0,32$	$18,51 \pm 0,31^*$

В группе больных показатель синдрома вегетативных дисфункций был $30,2 \pm 3,3$, а в группе здоровых лиц он составлял $18,3 \pm 2,8$ баллов ($p < 0,05$).

Заключение

Полученные результаты говорят о существовании объективных различий в функционировании системы кровообращения у больных по сравнению со здоровыми лицами, что связано с воздействием неблагоприятных внешних факторов и может быть использовано в диагностике, выявлении групп риска, а также в поиске возможных методов лечения, направленных на нормализацию регуляции функционирования сердечно-сосудистой системы и нивелирование воздействия модифицируемых факторов посредством изменения стиля жизни.

Литература

1. Бурилич И.Н., Корневский Н.А., Штотланд Т.М. Комплексная диагностика функциональных состояний по данным психологических и физиологических экспериментов // Вест. новых медицинских технологий. – 2003. – № 3. – С. 44–46.
2. Васильков А.М. Психофизиологическое сопровождение профессиональной деятельности специалистов ВМФ // Актуальные проблемы психофизиологического сопровождения учебного процесса в военно-учебных заведениях: матер. науч.-практ. конф., посвящ. 5-летию каф. воен. психофизиологии Воен.-мед. акад. – СПб., 2002. – С. 24–26.

3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 749 с.
4. Загрядский В.П., Сулимо-Самуйлло З.К. Методы исследования в физиологии военного труда. – Л.: Наука, 1991. – 110 с.
5. Литовский И.А., Гордиенко А.В. Атеросклероз и гипертоническая болезнь: вопросы патогенеза, диагностики и лечения. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 304 с.
6. Парцерняк С.А. Вегетативные дисфункции (вегетозы) в клинике внутренних болезней. – СПб., 2009. – 391 с.
7. Софронов Г.А., Черный В.С., Александров М.В. Качество жизни лиц, перенесших острые отравления продуктами горения // Вест. Росс. Воен.-мед. акад. – 2012. – Т. 2, № 38. – С. 6–10.
8. Тришкин Д.В., Титов И.Г., Нечипорук С.А. Особенности организации и принципы проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих специальных подразделений Минобороны России // Воен.-мед. журн. – 2015. – Т. 336, № 6. – С. 15–19.
9. Фисун А.Я., Щегольков А.М., Юдин В.Е., Пономаренко Т.Н. Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах: истоки, современное состояние и перспективы // Воен.-мед. журн. – 2014. – Т. 335, № 8. – С. 4–15.
10. Цыган В.Н., Леонтьев О.В., Дергунов А.В. Патофизиология артериальной гипертензии. – СПб.: МедИнфо, 2012. – 132 с.
11. Bobrie G., Clerson P., Ménard J. [et al.] Masked hypertension: a systematic review // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26, N 9. – Pp. 1715–1725. doi:10.1097/HJH.0b013e3282fbcdf.
12. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom // Munch. Med. Wochenschr. – 1958. – Bd. 100, N 49. – Pp. 1918–1923.

Поступила 06.03.2020

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

Для цитирования. Яремко В.И., Леонтьев О.В., Войцицкий А.Н., Сорокин Н.В. Влияние патогенных факторов на психовегетативный статус больных гипертонической болезнью // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 110–118.

INFLUENCE OF PATHOGENIC FACTORS ON THE PSYCHOVEGETATIVE STATUS OF PATIENTS WITH THE HYPERTENSION

Yaremko V.I.¹, Leontev O.V.², Voytsitsky A.N.³, Sorokin N.V.³

¹ Sanatorium complex «Western»
(Tarkhovskiy Ave., 24, St. Petersburg, Russia);

² Russian center of the emergency and radiation medicine
of A.M. Nikiforov of Emercom of Russia
(Russia, St. Petersburg, Academician Lebedev Str., 4/2);

³ Kirov Military Medical Academy
(Russia, St. Petersburg, Academician Lebedev Str., 6).

Vasily Ivanovich Yaremko – Honored doctor of the Russian Federation, the chief of Sanatorium complex «Western» (Tarkhovskiy Ave., 24, St. Petersburg, 197701, Russia), e-mail: 9212249965@mail.ru;

✉ Oleg Valentinovich Leontev – Dr. Med. Sci. Prof., head of Department of therapy and integrative medicine of the Institute DPO «Extreme Medicine» Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Anatoly Nikolaevich Voytsitsky – Dr. Med. Sci. Teacher, department of pathological physiology of academy Sciences, Kirov Military Medical Academy (Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 1940044, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru;

Nikolay Vasilyevich Sorokin – PhD Med. Sci., the teacher of department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademika Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: nsor2464@inbox.ru.

Abstract. In work data on influence of pathogenic factors are provided in formation of objective differences in functioning of the blood circulatory system at patients with kardialny pathology in comparison with healthy faces that can be used in diagnostics, at identification of risk groups and also in search of the possible methods of treatment directed to normalization of regulation of functioning of a cardiovascular system.

Key words: psychological indicators of a person, functional state of an organism, hypertension, ischemic heart disease, sanatorium treatment.

References

1. Burilich I.N. Kompleksnaya diagnostika funktsionalnykh sostoyaniy po dannym psikhologicheskikh i fiziologicheskikh eksperimentov [Comprehensive diagnosis of functional states according to psychological and physiological experiments]. *Vestnic novykh meditsinskikh tekhnologiy* [J. of new medical technologies]. 2003. N 3. Pp. 44–46. (In Russ.)
2. Vasilkov A.M. Psikhofiziologicheskoe soprovozhdenie professionalnoy deyatel'nosti spetsialistov VMF [Psychophysiological support of professional activities of specialists of the Navy]. *Aktualnye problemy psikhofiziologicheskogo soprovozhdeniya uchebnogo protsessa v voenno-uchebnykh zavedeniyakh* [Actual problems of psychophysiological maintenance of educational process in military schools] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2002. P. 24–26. (In Russ.)
3. Veyn A.M. Vegetativnye rasstroystva: klinika, diagnostika, lechenie [Vegetative disorders: clinic, diagnosis, treatment]. Moskva. 2003. 749 p. (In Russ.)
4. Zagryadskiy V.P. Metody issledovaniya v fiziologii voennogo truda [Research methods in the physiology of military labor]. Leningrad. 1991. 110 p. (In Russ.)

5. Litovskiy I.A. Ateroskleroz i gipertonicheskaya bolezn: voprosy patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Atherosclerosis and hypertension: issues of pathogenesis, diagnosis and treatment]. Sankt-Peterburg. 2013. 304 p. (In Russ.)
6. Partsernyak S.A. Vegetativnye disfunktsii (vegetozy) v klinike vnutrennikh bolezney [Vegetative dysfunctions (vegetoses) in the clinic of internal diseases]. Sankt-Peterburg. 2009. 391 p. (In Russ.)
7. Sofronov G.A., Chernyj V.S., Aleksandrov M.V. Kachestvo zhizni lic, pernesshih ostrye otravleniya produktami goreniya [Quality of life of the persons who had sharp poisonings with burning products]. *Vestnik rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Army medical academy]. 2012. Vol. 2, N 38. Pp. 6–10. (In Russ.)
8. Trishkin D.V., Titov I.G., Nechiporuk S.A. Osobennosti organizatsii i printsiipy provedeniya mediko-psikhologicheskoy reabilitatsii voennosluzhashchikh spetsial'nykh podrazdeleniy Minoborony Rossii [Features of the organization and principles of medical and psychological rehabilitation of servicemen of special units of the Russian Ministry of Defense]. *Voенno-meditsinskij zhurnal* [Military-medical magazine]. 2015. Vol. 336, N 6. Pp. 15–19. (In Russ.)
9. Fisun A.Ya., Shhegolkov A.M., Yudin V.E., Ponomarenko T.N. Meditsinskaya reabilitatsiya v Vooruzhennykh Silakh: istoki, sovremennoe sostoyanie i perspektivy [Medical rehabilitation in the Armed Forces: origins, currents magazine]. *Voенno-meditsinskij zhurnal* [Military-medical magazine]. 2014. Vol. 335, N 8. Pp. 4–15. (In Russ.)
10. Tsygan V.N. Patofiziologiya arterialnoy gipertenzii [Pathophysiology of arterial hypertension]. Sankt-Petersburg, 2012. 132 p. (In Russ.)
11. Bobrie G., Clerson P., Ménard J. [et al.] Masked hypertension: a systematic review. *J. Hypertens.* 2008. Vol. 26, N 9. Pp. 1715–1725. doi:10.1097/HJH.0b013e3282fbcdf.
12. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom. *Munch. Med. Wochenschr.* 1958. Bd. 100, N 49. Pp. 1918–1923.

Received 06.03.2020

For citing. Yaremko V.I., Leont'ev O.V., Voytsitsky A.N., Sorokin N.V. Vliyanie patogennykh faktorov na psihovegetativnyj status bolnykh gipertonicheskoy boleznju. *Vestnik psikhoterapii.* 2020. N 74 (79). Pp. 110–118. **(In Russ.)**

Yaremko V.I., Leontev O.V., Voytsitsky A.N., Sorokin N.V. Influence of pathogenic factors on the psychovegetative status of patients with the hypertension. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2020. N 74 (79). Pp. 110–118.

ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Санкт-Петербургский университет МВД России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1).

Приведено обоснование пяти психологических компонентов защитно-совладающего поведения специалистов экстремального (пожарно-спасательного) профиля и результаты их одномерной и многомерной оценки во взаимосвязи с успешностью профессиональной деятельности, ее стажем и возрастом, а также выраженностью психосоматических заболеваний (гипертоническая болезнь, вегето-сосудистая дистония, хронический гастрит и др.).

Ключевые слова: вклад, взаимосвязь, деятельность, защитно-совладающее поведение, психологический компонент, психосоматическая патология, успешность.

Введение

В современной психологической науке важное место занимает исследование теоретических и практических вопросов защитно-преодолевающего поведения, которое рассматривается большинством исследователей как сложное интегративное психологическое образование, отражающее взаимодействие сознательных и бессознательных сфер личности, имеющее определенную структуру и компоненты, которые взаимосвязаны с успешностью экстремальной профессиональной деятельности и состоянием психосоматического здоровья [1, 2, 4, 6, 7].

Однако, остается открытым вопрос о структурных психологических компонентах защитно-совладающего поведения, их взаимосвязи с возрас-

✉ Ашанина Елена Николаевна – д-р психол. наук доцент, проф. каф. безопасности жизнедеятельности, экстрем. и радиац. медицины, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

Кобозев Игорь Юрьевич – канд. психол. наук доцент, зам. начальника каф. юридической психологии, Санкт-Петербургский ун-т МВД России (Россия, 198206, Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1), e-mail: igorkobozev@yandex.ru;.

том, стажем и успешностью субъекта экстремальной деятельности в норме и при психосоматической патологии.

Цель исследования: обосновать психологические компоненты защитно-совладающего поведения специалистов экстремального (пожарно-спасательного) профиля, оценить их уровень сформированности во взаимосвязи с успешностью профессиональной деятельности, ее стажем и возрастом, а также выраженностью психосоматической патологии.

Материалы и методы исследования

В исследовании использовался контент-анализ научных работ по проблеме защитно-совладающего поведения, расчет коэффициента конкордации Кэндалла, метод экспертных оценок (независимые). Защитно-совладающее поведение оценено с помощью экспертных оценок у 446 сотрудников МЧС России (316 пожарно-спасательного и 130 человек надзорного профиля), 106 военнослужащих, 115 сотрудников МВД России и 104 менеджеров. Выраженность психосоматических нарушений оценена по данным диспансерного наблюдений у 268 специалистов пожарно-спасательного профиля.

Для статистической обработки данных использовали критерий Стьюдента (для относительных величин, независимых разновеликих выборок), математико-статистические (корреляционный, регрессионный анализ).

Результаты и их анализ

На основе теоретического анализа современных отечественных и зарубежных научных публикаций по проблеме защитно-совладающего поведения специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, пациентов с соматической и психической патологией выполнен контент анализ компонентов, составляющих термин «защитно-совладающее поведение», который позволил сформировать перечень из 10 компонентов (исключая близкие по смыслу или дублирующие друг друга компоненты), его характеризующих – информационный, валеологический, коммуникативный, рефлексивно-регуляторный, ценностно-мотивационный, когнитивный, эмоционально-волевой, философия безопасности, индивидуально-типологический, поведенческий.

При этом поведенческий компонент рассматривался нами как объективный показатель реализации защитно-совладающего поведения в экстремальных ситуациях, он использовался в последующем для экспертной итоговой оценки защитно-совладающего поведения.

Всего в оценивании участвовало 12 экспертов, к которым предъявляли специальные требования (опыт педагогической или руководящей деятельности в учреждениях МЧС России или пожарно-спасательных подразделениях МЧС России не менее 7 лет; опыт личного участия в ликвидации крупномасштабных пожаров не менее 20; стаж пожарно-спасательной деятельности или работы в МЧС России более 10 лет; знание основ психологии и теории защитно-совладающего поведения). Критерием включения в перечень психологических компонентов «защитно-совладающего поведения специалистов пожарно-спасательного профиля» являлось превышения итогового значения коэффициента согласованности мнений экспертов (коэффициент конкордации Кэндалла – W) величины 0,74, что позволило выделить 5 основных психологических компонентов защитно-совладающего поведения специалистов пожарно-спасательного профиля (рисунок).



Рис. Структура и содержание психологических компонентов защитно-совладающего поведения специалистов экстремального профиля

Эти данные позволили нам сформировать определение термину «защитно-совладающего поведения специалистов экстремального профиля» – это индивидуально-психологическая и деятельностная характеристика личности, отражающая практическую реализацию оптимального преодоления субъектом экстремальной деятельности стресса в различных условиях жизнедеятельности, прежде всего, в экстремальных ситуациях, которая включает 5 основных психологических компонентов: мотивационно-ценностный, когнитивный, рефлексивно-регуляторный, эмоционально-волевой и индивидуально-типологический, реализованных в экстремальной профессиональной деятельности и поведении.

Выделенные компоненты защитно-совладающего поведения оценивались методом экспертных оценок с помощью специальной анкеты по 5 балльной шкале.

При этом мы предположили, что сформированность психологических компонентов защитно-совладающего поведения у специалистов экстремального профиля имеет сложную динамическую структуру и особенности в зависимости от профиля и стажа профессиональной деятельности, возраста, наличия или отсутствия психосоматических заболеваний, а также может отличаться от аналогичных данных представителей силовых ведомств (МЧС, МВД, Вооруженные силы) и менеджеров.

В ходе исследования проведена экспертная оценка уровня сформированности защитно-совладающего поведения у специалистов МЧС России (пожарно-спасательного и надзорного профиля), сотрудников МВД, военнослужащих, менеджеров (управленческий профиль). Кроме того, выполнено сравнение показателей и уровня сформированности защитно-совладающего поведения у специалистов МЧС России, имеющих и не имеющих психосоматические заболевания.

Установлено, что основная часть сотрудников МЧС России пожарно-спасательного (41,1 %) и надзорного (26,2 %) профиля имеет высокий и выше среднего уровень сформированности защитно-совладающего поведения. Однако, эти различия достоверны по критерию Стьюдента для относительных величин ($p < 0,05$). Кроме того, часть сотрудников МЧС России пожарно-спасательного (19,3 %) и надзорного (32,8 %) профиля имеет низкий или ниже среднего уровень сформированности защитно-совладающего поведения ($p < 0,05$).

Далее проведено сравнение уровней сформированности защитно-совладающего поведения у специалистов пожарно-спасательного профиля (ПСП), сотрудников МВД, военнослужащих (офицеров Министерства

обороны) и менеджеров (управленческий профиль).

Все выборки были рандомизированы по полу, возрасту, образованию и сроку службы. В качестве военнослужащих и сотрудников МВД выступал офицерский состав, в качестве данных для менеджеров использовались результаты экспертной оценки управленческих специалистов высшего образования.

В выборочной совокупности специалистов ПСП МЧС России, сотрудников МВД России и военнослужащих основная часть оцененных характеризуется высоким, выше среднего и средним уровнем сформированности защитно-совладающего поведения, соответственно – 80,7 %; 71,2 %; 74,4 %.

Вместе с тем часть обследованных сотрудников силовых ведомств имеет неоптимальный (низкий) уровень сформированности защитно-совладающего поведения, соответственно – 6,6 %; 11,3 % и 11,4 %. Эти сотрудники склонны использовать неадаптивное защитно-совладающее поведение, не позволяющее адекватно реагировать на стресс факторы жизнедеятельности и действовать в экстремальных условиях.

Результаты сравнения уровней сформированности защитно-совладающего поведения у специалистов ПСФ (n1), сотрудников МВД (n2), военнослужащих (n3) и менеджеров (n4) позволяют отметить, что представители силовых ведомств имеют практически одинаковые уровни сформированности защитно-совладающего поведения, которые в лучшую сторону (за счет превалирования высокого и выше среднего уровня) отличаются у сотрудников ПСП. Ранговая корреляция уровней сформированности защитно-совладающего поведения у специалистов ПСФ, сотрудников МВД и военнослужащих показала сходство их структуры ($p < 0,05$) и различие в сравнении с менеджерами. Это дает нам основания полагать, что полученные далее на контингенте специалистов ПСП МЧС России данные в плане защитно-совладающего поведения сходны с аналогичными данными по офицерам Вооруженных сил и сотрудникам МВД России.

Распределение сотрудников пожарно-спасательного профиля по уровням сформированности защитно-совладающего поведения в зависимости от наличия или отсутствия психосоматических заболеваний показало, что высокий и выше среднего уровни сформированности защитно-совладающего поведения достоверно выше у сотрудников пожарно-спасательного профиля не имеющих психосоматических заболеваний, чем у состоящих на медицинском учете и имеющих такие заболевания.

Так, высокий или выше среднего уровень сформированности защитно-совладающего поведения имеют 38,8 % сотрудников пожарно-спаса-

тельного профиля, которые не имеют психосоматических заболеваний, что значительно выше (на уровне значимости $p < 0,05$; статистический критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера), чем среди сотрудников ПСП, которые состоят на динамическом врачебном наблюдении в связи с наличием психосоматических заболеваний (27,2 %). В свою очередь, неоптимальный (низкий и ниже среднего) уровень сформированности защитно-совладающего поведения отмечен у 21,2 % сотрудников не имеющих психосоматических заболеваний и у 32 % имеющих эти заболевания (на уровне значимости $p < 0,05$; статистический критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера).

Результаты оценки сформированности психологических компонентов защитно-совладающего поведения у специалистов пожарно-спасательного профиля в зависимости от возраста и стажа профессиональной деятельности показали следующее.

Высокий и выше среднего уровни сформированности защитно-совладающего поведения достоверно выше у сотрудников пожарно-спасательного профиля в возрастных группах 31–39 и 40 и более лет, чем у сотрудников в возрасте менее 30 лет. Так, высокий или выше среднего уровень сформированности защитно-совладающего поведения имеют 47 % сотрудников пожарно-спасательного профиля в возрасте 40 и более лет, что значительно выше ($p < 0,05$; критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера), чем среди сотрудников ПСП в возрасте менее 30 лет (26 %). В свою очередь, неоптимальный (низкий и ниже среднего) уровень сформированности защитно-совладающего поведения отмечен у 39 % сотрудников в возрасте менее 30 лет и 21 % у сотрудников в возрасте 40 и более лет ($p < 0,05$; критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера) [3].

Высокий и выше среднего уровни сформированности защитно-совладающего поведения достоверно выше у сотрудников пожарно-спасательного профиля со стажем более 10 лет, чем у сотрудников со стажем 5–10 лет и менее 5 лет. Так, высокий или выше среднего уровень сформированности защитно-совладающего поведения имеют 57 % сотрудников пожарно-спасательного профиля со стажем более 10 лет, что значительно выше ($p < 0,01$; критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера), чем среди сотрудников ПСП со стажем менее 5 лет (26 %). При этом, неоптимальный (низкий и ниже среднего) уровень сформированности защитно-совладающего поведения отмечен 39 % сотрудников со стажем менее 5 лет и у 9 % со стажем более 10 лет ($p < 0,01$; критерий ϕ^* – угловое преобразование Фишера).

Следовательно, уровни сформированности защитно-совладающего поведения сотрудников пожарно-спасательного профиля более тесно связаны со стажем профессиональной деятельности, чем с их возрастом. Это подтвердили и результаты корреляционного анализа уровня сформированности защитно-совладающего поведения сотрудников пожарно-спасательного профиля со стажем профессиональной деятельности ($p < 0,01$) и возрастом ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ выраженности каждого из психологических компонентов защитно-совладающего поведения в их общей структуре у специалистов пожарно-спасательного профиля показал, что выраженность ценностно-мотивационного, эмоционально-волевого и индивидуально-типологического компонентов значительно выше ($p < 0,001$; t-критерий Стьюдента), чем когнитивного и рефлексивно-регуляторного.

Следовательно, по данным общей выборки в структуре основных компонентов защитно-совладающего поведения наиболее сформированы ценностно-мотивационный, эмоционально-волевой и индивидуально-типологический компоненты. Именно за счет них формируется оптимальный стиль (стратегии, ресурсы, механизмы) защитно-совладающего поведения у специалистов пожарно-спасательного профиля.

Результаты оценки психологических компонентов защитно-совладающего поведения у сотрудников пожарно-спасательного профиля в зависимости от стажа профессиональной деятельности и возраста подтвердили высокую значимость, более тесную и достоверную связь ценностно-мотивационного, эмоционально-волевого и индивидуально-типологического компонентов со стажем профессиональной деятельности.

Сравнительный анализ выраженности психологических компонентов защитно-совладающего поведения у сотрудников пожарно-спасательного профиля в зависимости от наличия или отсутствия психосоматических заболеваний показал следующее.

В группе сотрудников пожарно-спасательного профиля не имеющих психосоматических заболеваний, т.е. практически здоровых лиц, анализ пяти компонентов защитно-совладающего поведения показал, что ведущими у них являются «эмоционально-волевой» и «мотивационно-ценностный» компоненты, которые достоверно выше, чем в группе лиц, имеющих психосоматические заболевания. При этом, в группе сотрудников, имеющих психосоматические заболевания, наименее выражен «рефлексивно-регуляторный» и «когнитивный» компоненты, которые достоверно ниже, чем в группе лиц, не имеющих психосоматических заболеваний.

Следующий этап исследования включал анализ полученных данных с помощью корреляционного и регрессионного анализа, которые позволяют оценить не только взаимосвязи (корреляция) оцениваемых компонентов защитно-совладающего поведения в группах сотрудников пожарно-спасательного профиля, но и их относительную значимость (регрессия). Корреляция оценок сформированности пяти основных психологических компонентов защитно-совладающего поведения у сотрудников пожарно-спасательного профиля с уровнем успешности их профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, а также с поведенческим (объективным, деятельностным) компонентом защитно-совладающего поведения, которые оценивались методом экспертных оценок, показала следующее. Все пять психологических компонентов защитно-совладающего поведения статистически достоверно ($p < 0,05$) связаны между собой ($p < 0,05$, при умеренной тесноте корреляции), а также с успешностью деятельности в экстремальных ситуациях ($p < 0,05$; $p < 0,01$), а также поведенческим (объективным, деятельностным) компонентом ($p < 0,05$; $p < 0,01$) защитно-совладающего поведения. При этом успешность деятельности в экстремальных ситуациях достаточно тесно (0,76) и достоверно коррелировала с объективным (деятельностным, поведенческим) компонентом защитно-совладающего поведения.

Далее с помощью регрессионного анализа и специальных математических процедур была выполнена многомерная оценка относительной значимости пяти основных психологических компонентов защитно-совладающего поведения в достижении успешности профессиональной деятельности специалистов пожарно-спасательного профиля, а также в сформированности у них психосоматических заболеваний.

По данным общей выборки специалистов пожарно-спасательного профиля, наиболее включенными (задействованными) в реализацию защитно-совладающего поведения в профессиональной деятельности специалистов пожарно-спасательного профиля оказались «мотивационно-ценностный» и «эмоционально-волевой компоненты», суммарное значение их диагностических коэффициентов равно 0,436. Следовательно, именно от сформированности «мотивационно-ценностного» и «эмоционально-волевого» компонентов у специалистов пожарно-спасательного профиля практически на половину (44 %) зависит эффективность их профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях.

Вместе с тем, полученные данные указывают на то, что защитно-совладающее поведение и успешность профессиональной деятельности

специалистов пожарно-спасательного профиля может быть повышена путем формирования «когнитивного» и, особенно, «рефлексивно-регуляторного» компонентов, вклад которых относительно не высок.

Однако, в психологии известно, что даже весьма малое различие в уровнях сформированности тех или иных качеств (в нашем случае компонентов ЗСП) с учетом их значимости может приводить к существенной вариативности вкладов каждого из них в успешность профессиональной деятельности специалистов экстремальных профессий.

В связи с этим в дальнейшем был определен вклад каждой из подсистем (психологических компонентов защитно-совладающего поведения) в успешность профессиональной деятельности специалистов пожарно-спасательного профиля, а также в группах, имеющих и не имеющих психосоматические заболевания.

Установлено, что в общей выборке специалистов пожарно-спасательного профиля наибольший вклад (68 %) в обеспечении успешности их профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях принадлежит «мотивационно-ценностному», «эмоционально-волевому» и «индивидуально-типологическому» компонентом защитно-совладающего поведения.

Это хорошо согласуется с результатами исследования И.Б. Лебедева [5], в котором показана тесная зависимость эффективности служебной деятельности сотрудников силовых ведомств, особенно, в сложных экстремальных условиях от того, насколько у них сформированы морально-волевые качества и типологические особенности, характеризующие нравственные ценности, эмоционально-волевою сферу и устойчивость нервной системы в противостоянии стрессу.

Аналогичным образом был изучен вклад компонентов защитно-совладающего поведения специалистов пожарно-спасательного профиля в зависимости от выраженности психосоматических заболеваний.

При этом уровень выраженности психосоматического заболевания оценивался по 5 больной шкале (1–5 баллов). Максимальное значение в 5 баллов отражало – наличие хронического соматического заболевания (вегето-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь, хронический гастрит и др.), обращаемость за медицинской помощью: более 2 раз в год, госпитализации, более 14 дней трудопотери, не менее 2 листов нетрудоспособности; группа здоровья – подлежит динамическому наблюдению.

Значение 4–3 балла отражало наличие хронического соматического заболевания, обращаемость за медицинской помощью: не менее 1–2 раз в год, госпитализацию, менее 14 дней трудопотерь, 1 листок нетрудоспособ-

ности; группа здоровья – подлежит динамическому наблюдению). Значение 2–1 балла отражало отсутствие хронического соматического заболевания, обращаемости за медицинской помощью и трудовую потерю, группа здоровья – здоров.

В дальнейшем был определен вклад каждого из компонентов защитно-совладающего поведения специалистов пожарно-спасательного профиля в выраженность психосоматического заболевания. Данные, характеризующие вклад (долю успешности, приносимую каждым компонентом защитно-совладающего поведения) в выраженность психосоматического заболевания, показали, что наибольший вклад в формирование психосоматического заболевания принадлежит «рефлексивно-регуляторному» и «мотивационно-ценностному» компонентам защитно-совладающего поведения.

Выводы

Феноменология защитно-совладающего поведения у специалистов экстремального (пожарно-спасательного) профиля включает пять основных психологических компонентов (мотивационно-ценностный, когнитивный, рефлексивно-регуляторный, эмоционально-волевой и индивидуально-типологический), имеет сложную динамическую структуру и особенности в зависимости от профиля и стажа профессиональной деятельности, возраста, наличия или отсутствия психосоматических заболеваний, имеет сходство с данными представителей силовых ведомств (МВД, Вооруженные силы) и отличается от данных менеджеров.

Результаты одномерной и многомерной оценки выраженности основных психологических компонентов защитно-совладающего поведения и их вклада в успешность профессиональной деятельности и выраженность психосоматического заболевания у специалистов пожарно-спасательного профиля указывают на резервы формирования защитно-совладающего поведения и позволяют определить направления первичной и вторичной профилактики психосоматической патологии.

Литература

1. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
2. Грановская Р.М. Эмоции и стресс. Элементы практической психологии. – СПб. : Смысл, 2000. – 440с.
3. Гласс Д., Стенли Д. Статистические методы в психологии и педагогике. – М.: Прогресс, 1976. – 495 с.

4. Корицова Г.С. Защитно-совладающее поведение в педагогической деятельности : монография. – Улан-Удэ : изд-во Бурят. гос. ун-та, 2006. – 308 с.
5. Лебедев И.Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресса преодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России) : автореферат дис. ... докт. психол. наук. – СПб., 2002. – 31 с.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – М.: Бахрах-М, 2006. – 672 с.
7. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Теоретические обоснования и психологические механизмы (модель) копинг-поведения субъекта профессиональной деятельности // Мед.-биол. и соц.-психол. проблемы безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – №1. – С. 68–73.
8. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. – McGraw – Hill, N.Y., 1966. – 29 p.

Поступила 01.06.2020

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

Для цитирования. Ашанина Е.Н., Кобозев И.Ю. Защитно-совладающее поведение специалистов экстремального профиля в норме и при патологии: психические компоненты и результаты оценки // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 119–130.

**PROTECTIVE AND COPING BEHAVIOR OF EXTREME SPECIALISTS IN NORMAL
AND PATHOLOGICAL CONDITIONS: PSYCHOLOGICAL COMPONENTS
AND EVALUATION RESULTS**

Ashanina E.N.¹, Kobozev I.Yu.²

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia

(Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

² St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia
(Pilot Pilyutov Str., 1 St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Nikolaevna Ashanina – Dr. Psychol. Sci. Assistant Prof., Prof. Department of health and safety, extreme and radiation medicine, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: elen.ashanina2015@yandex.ru;

Igor Yurievich Kobozev – PhD Psychol. Sci., lecturer, Deputy hand of the Department of Legal Psychology, St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia (Pilot Pilyutov Str., 1 St. Petersburg, 198206, Russia), e-mail: igorkobozev@yandex.ru.

Abstract. The substantiation of the five psychological components of the protective-coping behavior of extreme (fire-rescue) specialists and the results of their one-dimensional and multidimensional assessment in relation to the success of professional activity, its experience and age, as well as the severity of psychosomatic diseases (hypertension, vegetative-vascular dystonia, chronic gastritis, etc.).

Key words: contribution, interconnection, activity, protective-coping behavior, psycho-logical component, psychosomatic pathology, success.

References

1. Vodopyanova N.E. Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnosis of stress]. Sankt-Peterburg. 2009. 336 p. (In Russ.)

2. Granovskaya R.M. Emocii i stress. Elementy prakticheskoy psihologii [Emotions and stress. Elements of practical psychology]. Sankt-Peterburg. 2000. 440 p. (In Russ.)

3. Glass D., Stenli D. Statisticheskie metody v psihologii i pedagogike [Statistical methods in psychology and pedagogy]. Moskva. 1976. 495 p. (In Russ.)

4. Korytova G.S. Zashhitno-sovladayushhee povedenie v pedagogicheskoy deyatel'nosti [Protective-coping behavior in pedagogical activity]. Ulan-Ude. 2006. 308 p. (In Russ.)

5. Lebedev I.B. Psihologicheskie mexanizmy, strategii i resursy stress-preodolevayushhego povedeniya (koping-povedeniya) specialistov ekstremalnogo profilya (na primere sotrudnikov MVD Rossii) [Psychological mechanisms, strategies, and stress resources of overcoming behavior (coping behavior) of experts of extreme profile (for example, employees of the Ministry of Internal Affairs of Russia)] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2002. 31 p. (In Russ.)

6. Raygorodsky D.Ya. [Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy] Practical psychodiagnosics. Methods and tests. Moskva. 2006. 672 p. (In Russ.)

7. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N. Teoreticheskie obosnovaniya i psihologicheskie mehanizmy (model) koping-povedeniya subekta professionalnoj deyatel'nosti [Theoretical substantiation and psychological mechanisms (model) of coping behavior of a subject of professional activity]. *Mediko-biologicheskie i socialno-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Biomedical and socio-psychological problems of safety in emergency situations]. 2008. N 1. Pp. 68–73. (In Russ.)

8. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. N.Y.: McGraw-Hill, 1966. 29 p.

Received 01.06.2020

For citing. Ashanina E.N., Kobozev I.Yu. Zashhitno-sovladayushhee povedenie specialistov ekstremalnogo profilya v norme i pri patologii: psihologicheskie komponenty i rezultaty ocenki. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 119–130. **(In Russ.)**

Ashanina E.N., Kobozev I.Yu. Protective and coping behavior of extreme specialists in normal and pathological conditions: psychological components and evaluation results. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 119–130.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОГНОЗ И ПРОГРАММА КОРРЕКЦИИ КОНФЛИКТНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

¹ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

² Астраханский государственный медицинский университет
(Россия, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121).

Приведены результаты разработки регрессионной модели психологического прогноза конфликтного поведения больных с гипертонической болезнью. Описана программа коррекции конфликтного поведения больных гипертонической болезнью, направленная на повышение стрессоустойчивости, снижение уровня тревожности и обучение навыкам конструктивного и адаптивного поведения в различных жизненных ситуациях, включая конфликтные, снижение психологического дискомфорта.

Ключевые слова: апробация, больной, гипертоническая болезнь, конфликтная ситуация, прогноз, программа, психологическая диагностика, психологическая коррекция, стрессоустойчивость, стратегия поведения.

Введение

По данным официальной статистики, в России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний находится на первом месте и в 2019 году составила 633 случая на 100 тыс. населения, а в 2018-м – 622,1 тыс. случаев [7].

В исследованиях ряда авторов показана взаимосвязь агрессивности и конфликтности с сердечно-сосудистыми заболеваниями [5, 6]. Поэтому представляется актуальным по результатам психодиагностического обследования больных с ГБ разработать регрессионную модель прогноза их конфликтного поведения, которая может быть использована в качестве первого этапа в программе профилактики конфликтного поведения больных с ГБ в период их стационарного лечения. В свою очередь, психокоррекционная работа должна строиться с учётом индивидуально-

Алексанин Сергей Сергеевич – д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН, директор, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

✉ Кубекова Алия Салаватовна – ст. преподаватель каф. психологии и педагогики, Астраханский гос. мед. ун-т (Россия, 414000, Астрахань, ул. Бакинская, д. 121), e-mail: alya_kubekova@mail.ru.

психологических особенностей больных и быть нацеленной на специфические для данной категории лиц проблемные зоны [1, 6].

В связи с этим цель исследования состояла в разработке психодиагностической модели прогноза конфликтного поведения больных с гипертонической болезнью и программы психологической профилактики конфликтного поведения у этих больных в стационаре.

Материал и методы

Психологическое исследование проводилось с помощью комплекса методик в составе теста на выявление уровня тревожности (Ч. Спилбергер в модификации Ханина) [2]; методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации (Т. Холмс и Р. Праге) [2]; проективной методики исследования характерологических особенностей личности «Hand-тест» (Э. Вагнер, Б. Брайклин, З. Пиотровский) [4]; теста на выявление склонности к конфликтному поведению (Томас–Килманн, 1981, адаптирован Н.В. Гришиной) [3]. С помощью специальной анкеты экспертным путем оценивался уровень конфликтного поведения больных, в качестве экспертов выступал медицинский персонал и родственники больных.

Общий объем обследованных включал 195 больных с гипертонической болезнью (шифр по МКБ 10 – I10-15), средний возраст которых составил $45,6 \pm 1,3$ года, в равной степени представленных мужчинами и женщинами.

Построение регрессионного уравнения проводилось нами на основе анализа психодиагностических показателей 147 больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий, а оценка эффективности предложенной нами программы психологической работы осуществлялась на основе сравнения психодиагностических показателей 48 больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий.

Для статистического анализа данных применяли одномерные (t-критерий Стьюдента) и многомерные (множественный регрессионный анализ) методы статистического анализа с помощью пакета прикладных программ Статистика 10.0.

Результаты и их анализ

С помощью множественного регрессионного анализа показателей психологических тестов, полученных в результате психологического обследования больных, была разработана психодиагностическая модель прогнозирования конфликтного поведения у больных гипертонической болезнью.

нию. Исходя из состава регрессионного уравнения, выявлена значимость (вклад) различных личностных показателей больных с гипертонической болезнью в уровень их конфликтности и нежелания идти на компромисс. Полученные результаты согласуются с данными сравнительного и факторного анализов, указывающих на ведущую роль стратегий «сотрудничество», «конкуренция» и «компромисс» (методика Томаса–Килманна), личностной тревожности (шкала тревожности Спилбергера–Ханина), коммуникации и увечности (тест руки Э. Вагнера «hand-test») в формировании уровня конфликтности и нежелания идти на компромисс больных, использующих различные стратегии поведения в конфликтных ситуациях.

На основе всех результатов эмпирического исследования и их статистической обработки нами были сформулированы рекомендации по диагностике и профилактике конфликтного поведения у больных с гипертонической болезнью в виде программы психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий.

Программа включает 5 этапов (диагностический этап, этап экстренной психологической помощи: индивидуальные формы психологической коррекции, этап психокоррекционной работы, этап мониторинга психологического состояния, этап психологической помощи и мероприятий с родственниками и близкими больных с гипертонической болезнью), а также формы и методы работы медицинского психолога и врача-психотерапевта с больными гипертонической болезнью (табл. 1).

Для оценки эффективности программы были проведены скрининговые обследования больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий до и после их участия в мероприятиях, реализуемых нами по предлагаемой программе. Скрининг проводился на основе шкалы тревожности Спилбергера–Ханина; методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса–Раге и методики Томаса–Килманна. В оценке эффективности программы приняли участие 48 больных с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий.

Таблица 1

Основные этапы и методики психологической работы в стационаре
с больными с гипертонической болезнью

Наименование этапа и основных мероприятий	Рекомендуемые методики
Диагностический этап: психодиагностическая оценка психического (психологического) статуса, прогноз конфликтного поведения	Анкета, беседа, наблюдение, экспертная оценка, регрессионная модель прогноза, психологические тесты
Экстренная психологическая помощь: индивидуальные формы психологической (психотерапевтической) коррекции	Беседа, рациональная и поведенческая психотерапия, активная и пассивная мышечная релаксация
Этап психокоррекционной работы: – индивидуальные и групповые формы психологической коррекции конфликтного поведения; – тренинги развития навыков преодоления гнева; – консультации врача-психотерапевта и психотерапевтическая помощь	Беседа, рациональная и поведенческая психотерапия, активная и пассивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, транзактный анализ, гештальт- терапия, телесно-ориентированная терапия и др.
Мониторинг психологического состояния: динамическая оценка (контроль) психологического статуса больных с гипертонической болезнью	Беседа, наблюдение, методики Томаса–Килманна, оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса–Раге, шкала тревожности Спилбергера–Ханина
Психологическая помощь и мероприятия с родственниками и близким больных с гипертонической болезнью	Беседа, групповые занятия и психологические тренинги, информирование, консультирование

По итогам оценки выявлена достаточно высокая эффективность предложенной программы, по результатам сравнительного анализа выявлено статистически достоверное улучшение 5 из 8 показателей, что составило 62,5 % показателей. При этом по остальным показателям также отмечается улучшение. В частности, достоверно снизился показатель личностной тревожности (ситуативная тревожность также снизилась по абсолютному значению), при этом достоверно улучшились показатели стрессоустойчивости, что указывает на положительную динамику в психологическом статусе больных (табл. 2).

Таблица 2

Психологические показатели по скрининговым методикам у больных с гипертонической болезнью до и после психокоррекционной работы

Психодиагностический показатель	До участия в программе	После участия в программе	p <
Шкала тревожности Спилбергера–Ханина			
Ситуативная тревожность	40,34 ± 1,26	38,23 ± 0,81	–
Личностная тревожность	41,65 ± 1,12	37,41 ± 0,73	0,01
Методика оценки стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса–Раге			
Стрессоустойчивость и социальная адаптация	282,77 ± 6,31	264,11 ± 5,73	0,05
Методика Томаса–Килманна			
Конкуренция	6,92 ± 0,43	5,11 ± 0,37	0,01
Приспособление	6,01 ± 0,29	5,92 ± 0,31	–
Компромисс	6,64 ± 0,27	6,88 ± 0,40	–
Избегание	5,65 ± 0,36	6,83 ± 0,33	0,05
Сотрудничество	5,21 ± 0,41	6,52 ± 0,31	0,05

Эти данные достаточно полно отражают эффективность предложенной программы психологической работы с больными с гипертонической болезнью и позволяют рекомендовать её использование в медицинских учреждениях, оказывающих специализированную медицинскую помощь кардиологическим больным и имеющим в штате медицинских психологов.

Выводы

1. С помощью множественного регрессионного анализа на основе информативных показателей психологических тестов разработан диагностический алгоритм (регрессионная модель), который позволяет с высокой точностью и достоверностью прогнозировать конфликтное поведение больных с гипертонической болезнью, что необходимо учитывать при организации психокоррекционной работы с ними.

2. Программа психологической работы с больными с гипертонической болезнью 2-й и 3-й стадий, направленная на нормализацию психологического статуса, конфликтного и агрессивного поведения, обучение навыкам эффективного поведения в конфликтах и их разрешению, снижение психологического дискомфорта, включает 5 основных этапов, формы и методы работы медицинского психолога с больными и их родственниками в условиях медицинского стационара и является эффективной.

Литература

1. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
2. Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб. «Речь», 2002. – 176 с.
3. Духновский С.В. Диагностика межличностных отношений. – СПб.: «Речь», 2010. – 144 с.
4. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности «Hand-test»: методическое руководство. – СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2001. – 64 с.
5. Максимова Ж.В., Максимов Д.М. Артериальная гипертония у лиц трудоспособного возраста: гендерные особенности и взаимосвязь с уровнем образования // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 2. – С. 24–32.
6. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Теоретические обоснования и психологические механизмы (модель) копинг-поведения субъекта профессиональной деятельности // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 68–73.
7. Федеральная служба государственной статистики (Росстат) [Электронный ресурс] // Здоровье в России. 2019 г. URL: <https://www.gks.ru> (дата обращения: 22.05.2020).

Поступила 24.05.2020

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

Для цитирования. Алексанин С.С., Кубекова А.С. Психодиагностический прогноз и программа коррекции конфликтного поведения больных с гипертонической болезнью // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 131–137.

PSYCHODIAGNOSTIC FORECAST AND CONFLICT BEHAVIOR CORRECTION PROGRAM WITH HYPERTENSIVE DISEASE

Aleksanin S.S.¹, Kubekova A.S.²

¹Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia

(Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

²Astrakhan State Medical University (Baku Str., 121, Astrakhan, Russia).

Sergei Sergeevich Aleksanin – Dr. Med. Sci. Prof., Corresponding Member of Russian Academy of Sciences, Director, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: medicine@nrcerm.ru;

✉ Aliya Salavatovna Kubekova – senior teacher of Department of Psychology and Pedagogy, Astrakhan State Medical University (Baku Str., 121, Astrakhan, 414000, Russia), e-mail: alya_kubekova@mail.ru.

Abstract. The results of the development of a regression model of the psychological forecast of the conflict behavior of patients with hypertension are presented. A program for the correction of conflict behavior of patients with hypertension is described, aimed at increasing stress resistance, reducing anxiety and teaching the skills of constructive and adaptive behavior in various life situations, including conflict, and reducing psychological discomfort.

Key words: testing, patient, hypertension, conflict, prognosis, program, psychological diagnosis, psychological correction, stress tolerance, behavior strategy.

References

1. Vodopyanova N.E. Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnosis of stress]. Sankt-Peterburg. 2009. 336 p. (In Russ.)
2. Diagnostika emocionalno-nravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development]. Ed. Dermanova I.B. Sankt-Peterburg. 2002. 176 p. (In Russ.)
3. Dukhnovsky S.V. Diagnostika mezhlichnostnyh otnoshenij [Diagnostics of interpersonal relationships]. Sankt-Peterburg. 2010. 144 p. (In Russ.)
4. Kurbatova T.N., Mulyar O.I. Proektivnaya metodika issledovaniya lichnosti «Hand-test» [The projective methodology for the study of personality «Hand-test». Methodical guide]. Sankt-Peterburg. 2001. 64 p. (In Russ.)
5. Maksimova Z.V., Maksimov D.M. Arterialnaya gipertoniya u licz trudosposobnogo vozrasta: gendernye osobennosti i vzaimosvyaz s urovnem obrazovaniya [Hypertension in working age population: influence of gender and education]. *Kardiologiya* [Cardiology]. 2020. Vol. 60. N 2. Pp. 24–32. (In Russ.)
6. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N. Teoreticheskie obosnovaniya i psihologicheskie mehanizmy (model) koping-povedeniya subekta professionalnoj deyatel'nosti [Theoretical substantiation and psychological mechanisms (model) of coping behavior of a subject of professional activity]. *Mediko-biologicheskie i socialno-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah* [Biomedical and socio-psychological problems of safety in emergency situations]. 2008. N 1. Pp. 68–73. (In Russ.)
7. Federalnaya sluzhba gosudarstvennoj statistiki [Federal State Statistics Service] (Rosstat) [Electronic resource]. Healthcare in Russia. 2019. URL: <https://www.gks.ru> (In Russ.)

Received 24.05.2020

For citing. Aleksanin S.S., Kubekova A.S. Psihodiagnosticheskiy prognoz i programma korrekcii konflikt'nogo povedeniya bolnyh s gipertonicheskoj boleznju. *Vestnik psikhoterapii*. 2020. N 74 (79). Pp. 131–137. (In Russ.)

Aleksanin S.S., Kubekova A.S. Psychodiagnostic forecast and conflict behavior correction program with hypertensive disease. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2020. N 74 (79). Pp. 131–137.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТУЛАЦИОННОЙ ИЕРАРХИИ У ОБУЧАЮЩИХСЯ ВЫПУСКНОГО КУРСА ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

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

² Медицинский центр «Санавита»
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8).

Одной из возможных ключевых точек приложения усилий педагога является диагностика, а при необходимости и модификация индивидуальной иерархии потребностей учащегося. Система потребностей и ценностей, формирующаяся в том числе и в процессе учебы в высшем учебном заведении, является одним из основных витальных ориентиров специалиста, во многом определяя стратегию и тактику его дальнейшего жизненного и профессионального поведения в социуме.

Постулативная иерархия достаточно адекватно описывается пирамидой потребностей А. Маслоу. В качестве базисных, или биологических, выделяют физиологические потребности и потребность в безопасности. Промежуточное положение занимают социальные потребности (в принадлежности и любви, уважении и почитании). Высший уровень иерархии составляют духовные потребности (познавательные, эстетические, потребности в самоактуализации). Нами проведена оценка соответствия иерархии потребностей студентов/курсантов выпускного курса медицинского высшего учебного заведения классическим представлениям и качеством отработки компетенций выпускника.

Ключевые слова: иерархия потребностей, высшее медицинское образование, компетентностный подход.

Соловьев Михаил Викторович – канд. мед. наук, преподаватель каф. госпитальной терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: mvsol@mail.ru;

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

Угнавенко Дарья Андреевна – врач войсковой части 03523 (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: lukina.96@mail.ru;

Леонтьева Мария Олеговна – ст. лаборант мед. центра «Санавита» (Россия, 195220, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 8), e-mail: lov63@inbox.ru.

Введение

Повышение эффективности обучения в высшем учебном заведении является одной из главных целей совершенствования педагогического процесса в высшей школе. Получение и закрепление колоссального объема знаний, умений, навыков, компетенций студентов, которое составляет содержание процесса обучения, предполагает наличие научно обоснованного, структурированного и в то же время индивидуализированного педагогического подхода, неотъемлемыми компонентами которого являются учет личностных особенностей, индуцирование и поддержание высокой мотивации обучаемого к освоению учебной программы.

Цель работы: определить характеристику системы потребностей учащихся высшего учебного заведения (вуз) медицинского профиля и установить ее взаимосвязи с эффективностью подготовки обучаемых по программе специалитета. В исследовании планировалось дать характеристику интеллектуальных достижений и профессионального формирования личности обучаемого в системе образования на биографическом интервале «среднее – высшее учебное заведение» в зависимости от гендерной и служебной составляющей; определить иерархическую структуру, степень реализации и фрустрации потребностей обучаемых в вузе, оценить их возможное влияния на результаты учебной и научной деятельности.

Материалы и методы

Обследовано 33 студента 6-го курса вуза (мужчин – 14, женщин – 19, средний возраст $23 \pm 1,8$ лет). Регистрировались демографические показатели, планируемая специальность, наукометрические параметры (занятие в научном кружке, количество печатных работ). Успешность освоения программы обучения по программе средней школы оценивалась в соответствии со средним арифметическим значением балла аттестата, специалитета – среднего балла диплома об окончании вуза. Индивидуальная иерархия потребностей изучалась посредством выполнения бланковой методики, позволяющей ранжировать страты пирамиды потребностей А. Маслоу (семиуровневый вариант) [2], с собственными дополнениями (рис. 1).

1		Приемлемо	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		По факту	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2		Приемлемо	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		По факту	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3		Приемлемо	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		По факту	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4		Приемлемо	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		По факту	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5		Приемлемо	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		По факту	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6		Приемлемо	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		По факту	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7		Приемлемо	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
		По факту	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рис. 1. Бланк модифицированной методики определения постулативной иерархии на основе пирамиды потребностей А. Маслоу

Учитывались место потребности в иерархии, минимально приемлемый и актуальный уровень реализации потребностей, а также факт наличия соответствия приемлемого и актуального уровней реализации потребностей (Δ) и абсолютная величина (отн. ед.) несоответствия приемлемого и актуального уровней реализации потребностей ($\Delta_{\text{абс}}$).

Результаты

Обучающиеся выпускного курса вуза обладали достаточно высоким интеллектуальным потенциалом (табл. 1). Наблюдаемое статистически значимое снижение уровня среднего балла по сравнению с итогами школьного обучения может быть объяснено повышенными требованиями к объ-

ему и содержанию усваиваемых и демонстрируемых в процессе экзаменов знаний и навыков, а также профессиональной медицинской спецификой.

Таблица 1

Дисциплинарные и наукометрические показатели обучающихся
выпускного курса вуза, $X \pm m_x$

Группа	Средний балл аттестата школы	Средний балл диплома вуза	Частота занятий в научном обществе	Количество печатных работ, шт.
Мужчины (n = 14)	4,69 ± 0,07	4,27 ± 0,07*	0,75 ± 0,13	0,25 ± 0,18
Женщины (n = 19)	4,68 ± 0,1	4,42 ± 0,08*	0,67 ± 0,13	1,3 ± 1,03
Всего (n = 33)	4,68 ± 0,06	4,36 ± 0,06*	0,71 ± 0,09	0,82 ± 0,56

Примечание: * – различие статистически значимо ($p < 0,05$) по сравнению со значением, предшествующим в строке.

Большинство обучаемых к моменту выпуска обладают опытом научной работы, в том числе в организованных, коллективных ее формах, что находит свое отражение в посещении заседаний кафедральных научных кружков и иных формах участия в деятельности научного общества (оформлении научных работ, выступлении с докладами и пр.). Следует отметить, что в отношении публикационной активности наблюдается выраженная неоднородность обучаемых, самостоятельные публикации имеются лишь у отдельных студентов (4 из 33, или 12 % от общего числа студентов), тогда как большинство студентов не считает данную форму активности необходимым залогом дальнейшего успешного личностного профессионального развития либо конкурентным преимуществом.

Представляется высоковероятным, что достигнутые результаты обучения находятся в тесной связи с особенностями личности обучаемого, ее физической, интеллектуальной, психофизиологической и аксиологической составляющих, особенностями мотивации, микро- и макроокружения, ресурсного обеспечения. Место, роль и особенности реализации основных постулативных элементов индивидуальной картины мироздания в жизни студента до известной степени объективизируется с использованием психологической бланковой методики на основе пирамиды А. Маслоу. Характеристика профиля потребностей слушателей выпускного курса вуза представлена в табл. 2.

Таблица 2

Стратификация потребностей обучаемых выпускного курса вуза (n = 33)

Группа потребностей	Место в иерархии, кол-во чел.						
	1	2	3	4	5	6	7
ФП	14	1	3	2	1	3	9
ПБ	2	9	3	4	6	3	6
СП	6	5	10	5	3	2	2
ПУ	1	2	3	5	11	8	3
ПП	6	3	5	9	2	6	2
ЭП	0	3	3	3	6	8	10
ПС	4	10	6	5	4	2	2

Примечание: ФП – физиологические (органические) потребности; ПБ – потребность в безопасности; СП – потребность в принадлежности (социализации) и любви; ПУ – потребность в уважении, почитании; ПП – познавательные потребности; ЭП – эстетические потребности; ПС – потребность в самоактуализации.

Иерархия потребностей выпускников вуза, выявленная по результатам исследования, представлена на рис. 2.

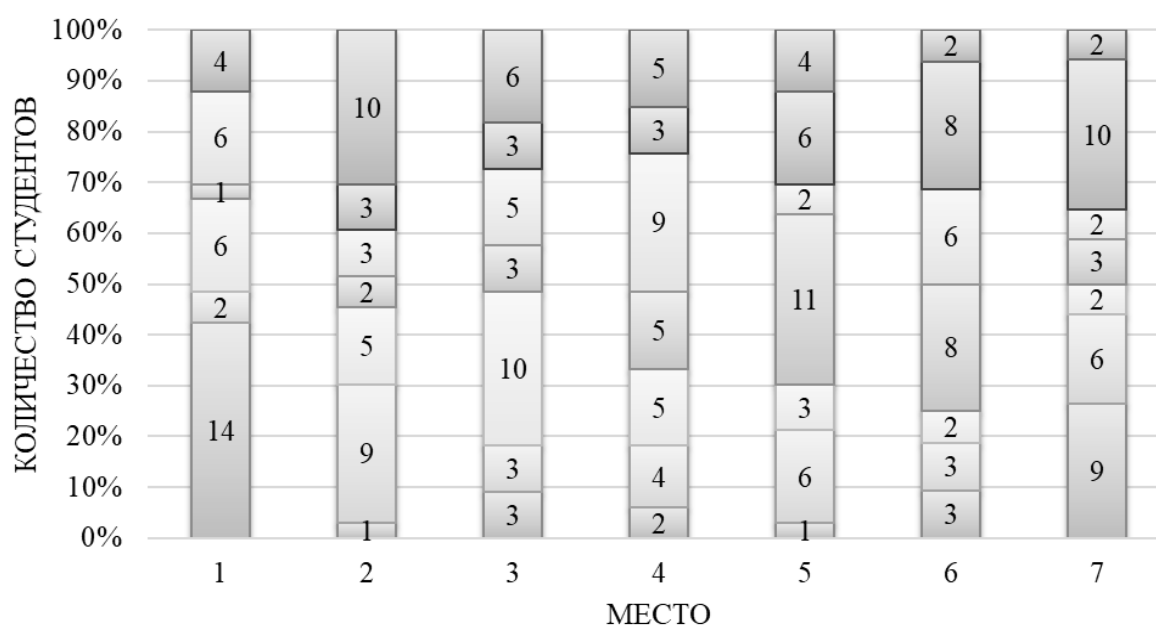


Рис. 2. Иерархия потребностей выпускников вуза

Примечание: 1 – физиологические (органические) потребности; 2 – потребность в безопасности; 3 – потребность в принадлежности (социализации) и любви; 4 – потребность в уважении, почитании; 5 – познавательные потребности; 6 – эстетические потребности; 7 – потребность в самоактуализации.

Как следует из данных, представленных на гистограмме, физиологические потребности относят к фундаментальным, базисным до половины (14 из 33, или 42 %) представителей выборки, однако 9 из 33, или 27% ставят их на последнее, наименее значимое место, по остальному спектру они распределены относительно равномерно (1–3 представителя на позициях со 2 по 6). Второе по субъективной значимости место делят потребности в безопасности и самореализации с тенденцией к превалированию последней, при этом иные места ПБ выпускники вуза отводят достаточно неравномерно (от 2 до 6 респондентов с количественно повышательной тенденцией по мере уменьшения субъективной важности позиции). Потребности в принадлежности и любви большинство отводят 1–4 места с пиком на традиционном 3-м уровне (10 из 33, или 30 %). Необходимость ощущения уважения и почитания менее актуальна в среде выпускников и располагаются в конце списка значимых потребностей с пиком на 5-м месте (11 из 33, или 33 %). Познавательные потребности распределены относительно неравномерно с локальными максимумами на 1-й (6, или 18%), 4-й (9 из 33, или 27 %) и 6-й (6, или 18 %) позициях. Эстетические потребности респонденты относят к наименее важным и располагают преимущественно в дистальных отделах списка с пиком на 7-м месте. Следует отметить, что потребность в самореализации испытуемые относят к базисным и позиционируют ее по важности на 2-м месте.

Проведено изучение корреляционных связей между показателями эффективности познавательной и научной деятельности слушателя выпускного курса и особенностями структуры и степени реализации потребностей обучаемого (табл. 3).

Таблица 3

Взаимосвязь показателей профессиональной подготовки и степени актуализации/фрустрации потребностей обучаемых выпускного курса вуза

Потребности	Средний балл аттестата школы	Средний балл диплома ВУЗ	Участие в работе научного общества	Количество печатных работ
ФП	-0,04	0,05	0,16	0,08
ПБ	0,36	0,11	0,03	-0,25
СП	-0,36	-0,02	0,28	0,04
ПУ	0,17	-0,002	-0,07	0,20
ПП	0,04	0,00	-0,37	0,05
ЭП	-0,17	-0,39	-0,05	0,06
ПС	0,03	0,22	-0,09	-0,16
ФПпр	0,03	-0,17	-0,15	0,04

Потребности	Средний балл аттестата школы	Средний балл диплома ВУЗ	Участие в работе научного общества	Количество печатных работ
ФПфакт	0,21	-0,04	-0,52*	-0,03
ΔФП	-0,24	-0,20	0,05	0,23
ΔФПабс.	0,17	0,09	-0,34	-0,06
ПБпр	-0,10	-0,29	0,29	0,25
ПБфакт	0,16	-0,01	-0,35	0,15
ΔПБ	0,18	0,07	0,14	-0,15
ΔПБабс.	0,19	0,26	-0,52*	-0,12
СПпр	0,15	-0,17	0,18	0,14
СПфакт	-0,01	-0,17	-0,12	0,08
ΔСП	-0,09	0,28	0,18	0,26
ΔСПабс.	-0,14	-0,01	-0,28	-0,05
ПУпр	-0,12	-0,41*	0,10	-0,05
ПУфакт	0,31	-0,12	-0,20	0,01
ΔПУ	-0,14	0,02	0,26	0,48*
ΔПУасб.	0,35	0,24	-0,22	0,05
ППпр	-0,12	-0,28	0,33	-0,05
ППфакт	-0,07	-0,08	-0,02	-0,13
ΔПП	-0,04	0,16	-0,19	-0,21
ΔППабс.	0,05	0,18	-0,31	-0,05
ЭПпр	0,004	-0,004	0,29	0,01
ЭПфакт	0,19	-0,008	-0,08	-0,10
ΔЭП	-0,03	-0,27	-0,24	0,20
ΔЭПабс.	0,13	-0,001	-0,35	-0,07
ПСпр	-0,28	-0,20	0,10	0,24
ПСфакт	0,06	0,19	-0,06	0,15
ΔПС	-0,01	-0,08	-0,29	-0,02
ΔПСабс.	0,22	0,25	-0,11	-0,07

Примечание: * – корреляционная связь статистически значима ($p < 0,05$).

Как следует из данных, представленных в таблице, большинство взаимосвязей характеризовалось малой силой и отсутствием статистической значимости. Однако значимая прямая умеренной силы корреляционная связь наблюдалась между количеством печатных работ и наличием несоответствия между требуемым и актуальным уровнем реализации потребности в уважении; обратные корреляционные связи умеренной силы наблюдались между участием в работе научного общества и актуальным уровнем обеспечения физиологических потребностей, участием в работе научного общества и максимальным уровнем разрыва между приемлемым и фактическим уровнем реализации потребности в безопасности.

Полученный результат можно визуально представить в виде пирамиды потребностей, сравнимой с эталонной классической пирамидой А. Маслоу (рис. 3):

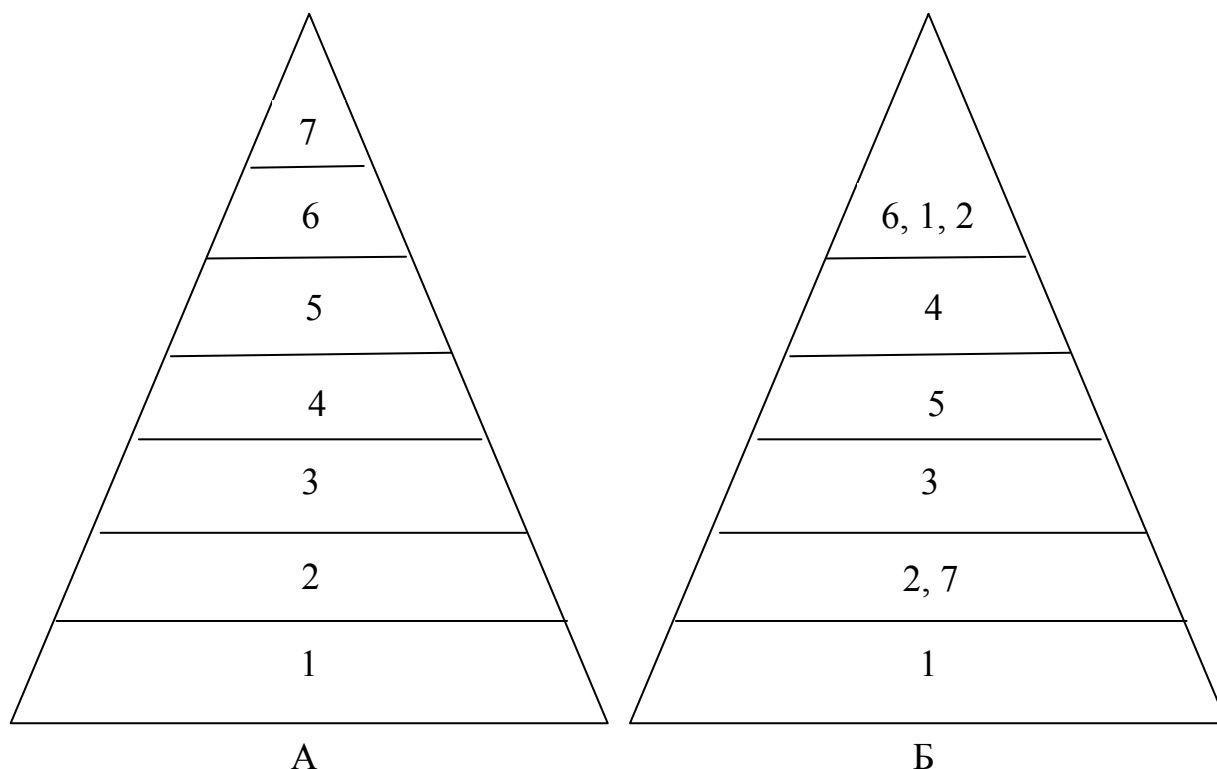


Рис. 3. Визуальное представление пирамиды потребностей человека в классическом понимании (А) и у учащихся выпускного курса медицинского вуза (Б)

Примечание: 1 – физиологические (органические) потребности; 2 – потребность в безопасности; 3 – потребность в принадлежности (социализации) и любви; 4 – потребность в уважении, почитании; 5 – познавательные потребности; 6 – эстетические потребности; 7 – потребность в самоактуализации.

Обсуждение результатов

Выявление актуальных побудительных мотивов деятельности учащихся вуза, в том числе ее интеллектуальной составляющей, является важной задачей педагогической деятельности профессорско-преподавательского состава образовательного учреждения. Учет, принятие, а в отдельных случаях – и обоснованная модификация индивидуальных потребностей, встраивание их в систему подготовки специалиста являются залогом успешного освоения учащимся учебной программы и совершенствования в иных видах деятельности, в том числе научной. Классиком теории потреб-

ностей А. Маслоу и его последователями [4] постулировалось их развитие в процессе онтогенеза от физиологических, базисных потребностей к высшим. При этом считается, что базисные потребности обладают большей побудительной силой [5]. Полученные нами результаты могут свидетельствовать о более сложной структуре побудительных мотивов деятельности студентов медицинского вуза: при сохранении в целом основных страт их место в иерархии может существенно изменяться либо характеризоваться высокой дисперсией, в отличие от результатов студентов неспециализированных вузов [1], хорошо объясняемых в рамках теории детерминации [3]. Для большинства слушателей выпускного курса медицинского вуза, что представляется очевидным, наиболее актуальны физиологические потребности, однако на втором по значимости месте, помимо потребности в безопасности, находятся ценности самоактуализации. Эстетические потребности актуальны в минимальной степени (6–7 уровни), возможно, учитывая место проведения исследования (г. Санкт-Петербург), вследствие восприятия источников эстетического и культурного развития как фоновых. При этом потребности в принадлежности (3-й уровень), познавательные потребности (4-й уровень) и уважении (5-й уровень) имеют промежуточное значение для обучаемых при иерархическом превалировании гносеологической составляющей.

Результаты нашего исследования показывают, что у значительного числа студентов к выпускному курсу сохраняется ориентация на положительные высокоинтеллектуальные бытийные потребности, которая может быть канализирована в научную составляющую. При этом следует отметить, что в современных условиях, при высокой степени «виртуализации» жизненных процессов, более полное удовлетворение базисных, «органических» потребностей при посредственном уровне интеллектуальной активности, отсутствии достаточно четкой позитивной ценностной ориентации, наличии возможностей реализации субъективно более высокоуровневых социальных потребностей (в принадлежности, уважении и любви окружающих) на этапе вузовского обучения может приводить к снижению мотивации к реализации познавательных потребностей и потребностей в самоактуализации. Гносеологические задачи у таких лиц подменяются экспликаторными, что при недостаточной критичности и принятии на веру основного набора знаний в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом в условиях патерналистской парадигмы педагогики приводит к ощущению достаточности текущего уровня знаний, удовлетворенности, самоуспокоенности, ощущению отсутствия необходи-

мости дополнительного научного постижения объективной реальности. При этом ряд учащихся демонстрирует ориентацию не на максимальное постижение успехов науки, а на минимально приемлемый уровень. Достижение этого уровня без дополнительных трудозатрат и волевых усилий демотивирует обучаемых в отношении дополнительных процедур деятельности, в том числе научной работы. Практикуемые способы стимуляции, как негативного, так и позитивного плана, в отношении них работают выборочно, но в текущих условиях не могут быть существенно модифицированы. Совокупность вышеприведенных соображений определяет перспективность пристального изучения потребностно-ценностной системы лидеров учебно-научного процесса среди студентов/курсантов с последующей модификацией соответствующих позиций у прочих обучаемых. Предложенная модифицированная методика изучения иерархии потребностей по А. Маслоу проста, требует минимального времени для освоения и может быть перспективна в использовании для предварительной идентификации и отбора лиц, склонных к организованной научной работе.

Выводы

1. Для постулативной системы учащегося выпускного курса медицинского вуза, в отличие от классической пирамиды А. Маслоу, характерна большая актуализация познавательных побуждений и необходимости самоактуализации, зачастую в ущерб базовым потребностям (физиологическим и потребности в безопасности), и меньшее значение потребности в уважении и почитании.

2. Учащиеся выпускного курса вуза, испытывающие повышенную потребность в уважении, демонстрируют тенденцию к более низкому уровню успеваемости, чем их более стрессоустойчивые коллеги.

3. Более низкий уровень удовлетворения физиологических (органических) потребностей студентов ассоциирован с большей активностью работы по линии научной работы; учащиеся с фрустрированной потребностью в безопасности демонстрируют противоположную тенденцию.

4. Учащиеся с недостаточно реализованной потребностью в уважении и признании заслуг при отсутствии депривации демонстрируют лучшую публикационную активность, чем их менее фрустрированные товарищи.

Литература

1. Александрович П.И. Психологическая адаптация студентов к обучению в высшем учебном заведении [Электронный ресурс] // Труды БГТУ. – Серия 6: История, философия. – 2015. – № 5 (178). –URL: [https:// cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-adaptatsiya-studentov-k-obucheniyu-v-vysshem-uchebnom-zavedenii](https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-adaptatsiya-studentov-k-obucheniyu-v-vysshem-uchebnom-zavedenii) (дата обращения: 20.02.2020).
2. Котлер Ф. Основы маркетинга. – М.: Прогресс, 2000. – 736 с.
3. Меренков А.В., Сущенко А.Д. Потребности студентов вузов в дополнительном образовании: особенности формирования и реализации // Вопросы образования. – 2016. – № 3. – С. 204–223.
4. Lester D. Measuring Maslow's hierarchy of needs // Psychological Reports. – 2013. – Vol. 113, Issue 1. – P. 15–17.
5. Maslow A.H. A Theory of Human Motivation // Psychological Review. – 1943. – Vol. 50, N 4. – P. 370–396.

Поступила 02.03.2020

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

Для цитирования. Соловьев М.В., Сорокин Н.В., Угнавенко Д.А., Леонтьева М.О. Особенности постулативной иерархии у обучающихся выпускного курса высшего учебного заведения медицинского профиля // Вестн. психотерапии. 2020. № 74 (79). С. 138–149.

FEATURES OF POSTULATIONS HIERARCHY AT STUDENTS OF THE FINAL YEAR OF THE HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION OF THE MEDICAL PROFILE

Solovev M.V.¹, Sorokin N.V.¹, Ugnavenok D.A.¹, Leonteva M.O.²

¹ Kirov Military Medical Academy

(Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, Russia);

² Medical center «Sanavita» (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, Russia).

Mikhail Viktorovich Solovev – PhD Med. Sci., teacher of department of hospital therapy, Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: Solovyov4@inbox.ru;

✉ Nikolay Vasilyevich Sorokin – PhD Med. Sci., assistant of department of hospital therapy Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Daria Andreevna Ugnavenok – doctor of the military unit 03523 (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: lukina.96@mail.ru;

Maria Olegovna Leonteva – senior laboratory assistant of the medical center of «Sanavita», (Nauki Ave., 8, St. Petersburg, 195257, Russia), e-mail: lov63@inbox.ru.

Abstract. One of possible key points of application of efforts of the teacher is diagnostics, and, if necessary, and modification of individual hierarchy of needs of the pupil. The system of requirements and values which is formed including in the course of study in higher education institution is one of the main vital reference points of the expert, in many respects defining strategy and tactics of his further vital and professional behavior in society.

The Postulatsionny hierarchy is rather adequately described by a pyramid of needs of A. Maslou. As basic, or biological, mark out physiological requirements and the need for safety. Social requirements are intermediate (in accessory and love, respect and honoring). Spiritual needs are the highest level of hierarchy (informative, esthetic, the needs for self-updating). We carried out the assessment of compliance of hierarchy of needs of students/cadets of a final year of a medical higher educational institution to classical representations and quality of working off of competences of the graduate.

Key words: hierarchy of requirements, the highest medical education, competence-based approach

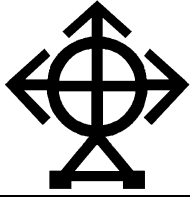
References

1. Aleksandrovich P.I. Psihologicheskaya adaptatsiya studentov k obucheniyu v vysshem uchebnom zavedenii [Psychological adaptation of students to study at a higher educational institution]. *Trudy BGTU. Seriya 6: Istoriya, filosofiya.* [Proceedings of BSTU. Series 6: History, Philosophy.] 2015. N 5 (178). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskaya-adaptatsiya-studentov-k-obucheniyu-v-vysshem-uchebnom-zavedenii> (In Russ.)
2. Kotler F. Osnovy marketinga [Fundamentals of marketing]. Moskva. 2000. – 736 p. (In Russ.)
3. Merenkov A.V., Sushhenko A.D. Potrebnosti studentov vuzov v dopolnitelnom obrazovanii: osobennost iformirovaniya i realizacii [Needs of university students in additional education: features of formation and implementation]. *Voprosy obrazovaniya* [Education issues]. 2016. N 3. Pp. 204–223. (In Russ.)
4. Lester D. Measuring Maslow's hierarchy of needs. *Psychological Reports.* 2013. Vol. 113, Issue 1. Pp. 15–17.
5. Maslow A.H. A Theory of Human Motivation. *Psychological Review.* 1943. Vol. 50, N 4. Pp. 370–396.

Received 02.03.2020

For citing Solov'ev M.V., Sorokin N.V., Ugnavenok D.A., Leont'eva M.O. Osobennosti postulatsionnoj ierarkhii u obuchayushhikhsya vypusknogo kursa vysshego uchebnogo zavedeniya meditsinskogo profilya. *Vestnik psikhoterapii.* 2020. N 74 (79). Pp. 138–149. (In Russ.)

Solovev M.V., Sorokin N.V., Ugnavenok D.A., Leonteva M.O. Features of postulatsionny hierarchy at students of the final year of the higher educational institution of the medical profile. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2020. N 74 (79). Pp. 138–149.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

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

#

Уважаемые коллеги!

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

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

Журнал «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (<http://vak.ed.gov.ru/87>) по научным специальностям и соответствующим им отраслям науки: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (медицинские науки), 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки). Основание: Распоряжение Минобрнауки России от 28.12.2018 № 90-р «О формировании Перечня рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» (102 стр., № 391).

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

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по

ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@mail.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук Черный Валерий Станиславович (e-mail: 9297911@list.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Черный Валерий Станиславович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в объединенном каталоге «Пресса России» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 300 экз.

цена – свободная